

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

78

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph E. SIDAWY

*Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale et de Médecine Sanitaire Maritime
de l'Institut Supérieur d'Hygiène*

de l'Institut de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 30 Septembre 1905, à Alexandrie (Egypte)

LA

CATATONIE INTERMITTENTE

**Diagnostic différentiel avec
la Crise de Catalepsie Hystérique**

Président : Monsieur le Professeur H. CLAUDE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph E. SIDAWY

*Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale et de Médecine Sanitaire Maritime
de l'Institut Supérieur d'Hygiène*

de l'Institut de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 30 Septembre 1905, à Alexandrie (Egypte)

LA

CATATONIE INTERMITTENTE

**Diagnostic différentiel avec
la Crise de Catalepsie Hystérique**

Président : Monsieur le Professeur H. CLAUDE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1934

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	BALTHAZARD:
I. — Professeurs.....	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	{ CARNOT
	{ BEZANCON
	{ ACHARD
	{ MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychia-	CADENAT....	Pathologie chirurgicale
	trie.	CATHALA....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHEVALIER..	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	DE GAUDAR	
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
BROCC.....	Pathologie chirurgicale	DOGNON....	Physique.
BRULE.....	Pathologie médicale.	DONZELOT...	Pathologie médicale.

MM.	
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL....	Bactériologie.
GATELLIER..	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE....	Parasitologie.
LEMAITRE...	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING...	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Ostétrie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
BUSQUET....	Pharmacologie.
GUENIOT....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHERAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
FIESSINGER..	Clinique médicale.
LAIGNEL	
LAVASTINE..	Clinique médicale.
LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.	—
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Dont la vie restera toujours pour moi
le meilleur des exemples.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

A MA MERE

A qui je dois tant. Ce bien faible témoignage de mon profond amour et de ma reconnaissance.

A MON ONCLE

Le Docteur GEORGES ANAWATI

En hommage respectueux.

A MES SOEURS

A MES FRERES

Très affectueusement.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et dans le service de qui nous avons trouvé les éléments de ce travail. Témoignage de respectueuse gratitude.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BARUK

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Clinique Psychiatrique

de la Faculté de Médecine

Médecin des Asiles

Qui nous a accueilli avec tant de cordialité.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et dont les conseils nous ont été si précieux.

Ce témoignage de vive gratitude.

Qu'il nous permette de lui exprimer
ici notre admiration pour la clarté et
la finesse de ses conceptions.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen de la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Directeur de l'Institut de Médecine-Légale

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène

*Directeur de l'Institut Supérieur d'Hygiène
de la Faculté de Médecine*

A TOUS NOS MAITRES

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos
remerciements sincères.

INTRODUCTION

Quand en 1874, Kahlbaum, dans sa monographie, décrivit la catatonie, il insista principalement sur la valeur de l'association des symptômes somatiques et musculaires, tels que des phénomènes de rigidité, de négativisme, etc..., avec des troubles psychiques variés, pouvant prendre l'allure de la mélancolie (mélancolia attonita), de la manie, etc...

Parlant de l'importance de ces symptômes somatiques, Kahlbaum disait :

« Je veux tenter de décrire un tableau clinique, dans lequel il y a certains symptômes somatiques, et à l'occasion, musculaires, d'une grande fréquence, comme dans la Paralyse Générale, accompagnant les phénomènes psychiques ; et ici, comme là, ayant une *importance considérable pour la constitution de toute la maladie.* »

Définissant enfin cette entité, il concluait :

« La catatonie est une maladie cérébrale à marche cyclique variable, au cours de laquelle, les symptômes psychiques présentent successivement l'image de la

mélancolie, de la stupidité, de la confusion, et enfin, comme phase terminale, de la démence.

Une ou plusieurs de ces phases psychiques peuvent manquer, mais à côté d'elles apparaissent comme symptômes réels, des manifestations du système nerveux moteur, présentant tous les caractères généraux de la crampe. »

Kahlbaum, insistait donc sur l'évolution périodique de la maladie, qui, toutefois, après toute une série de phases, pouvait aboutir, après un temps, plus ou moins long, à un état démentiel.

Cette conception de la catatonie ne fut généralement pas admise, à l'époque. Car la plupart des auteurs, adoptant les conclusions de Westphall, incorporaient la catatonie dans la paranoïa, qu'il venait de décrire.

Kraepelin, exposant en 1899, la notion nouvelle de Démence Précoce, élargissait encore le cadre de la catatonie, car en même temps que celle-ci, il réunissait sous le titre de Démence Précoce : l'hebéphrénie et la démence paranoïde.

En France, la conception de Kraepelin fut généralement adoptée, surtout à la suite des travaux de Sérieux : avec quelques réserves toutefois, notamment de Seglas et de Chaslin.

Plus récemment ; Obregia et Tomescu en Roumanie, Urnstein en Pologne, MM. Claude et Baruk en France, ont à nouveau attiré l'attention sur le syndrome catatonique pur (catatonie périodique).

Ils admettent que si les cas décrits par Kahlbaum sont rares ; ils existent néanmoins.

Obregia range la catatonie périodique dans le cadre de la Psychose Périodique, en même temps que la manie et la mélancolie périodique, la psychose maniaque dépressive (1).

Bien que cette conception donne au cadre de la catatonie une ampleur démesurée, elle pourrait se comprendre, si on admet, comme y insistait Deron (2), inspiré par Seglas, certains états de manie immobile rappelant la catatonie, et que — comme dans la catatonie — il y a dans la manie, une diminution de l'emprise de la volonté.

Mais, nous n'avons pas l'intention, dans ce travail — qui nous a été inspiré par notre Maître, M. Baruk, — d'entamer une critique des différentes conceptions nosologiques.

Nous voulons montrer, dans un premier groupe de cas cliniques, l'évolution de phénomènes catatoniques entrecoupée de rémissions psychiques incomplètes.

Dans un second groupe, nous citerons des faits de catatonie intermittente, en apparence essentielle.

Dans un troisième groupe, des cas de catatonie intermittente symptomatique.

La catatonie intermittente, en apparence essentielle, présente, au point de vue du diagnostic, avec l'hystérie, de nombreuses difficultés ; c'est à déterminer les éléments de ce diagnostic, que, dans le principal chapitre de ce travail nous nous attacherons.

(1) Voir l'article de Tomescu et Vasilescu cité à propos de l'obs. XII.

(2) Thèse de Deron (Paris 1922).

CHAPITRE PREMIER

Les poussées catatoniques intermittentes entrecoupées de rémissions psychiques incomplètes

Dans un grand nombre de cas, on peut noter sur un fond de dissociation psychique, des poussées de catatonie, plus ou moins transitoires ; c'est ce qu'on observe dans la démence précoce, ou plutôt dans l'hébéphrénocatatonie. Mais, à côté de ces faits bien connus, et sur lesquels nous n'insistons pas, on peut observer des cas, dans lesquels les poussées catatoniques sont séparées par des rémissions beaucoup plus marquées, mais qui cependant, ne sont pas tout à fait complètes.

La clinique montre ainsi, une série de faits de passage, qui vont depuis la démence précoce type, jusqu'à la catatonie franchement intermittente et périodique.

Ce sont ces faits de passage, que nous groupons sous ce chapitre.

OBSERVATION I

Bur..., Pierre, 18 ans (1).

Résumé. — Plusieurs crises suivies de rémissions brusques, à une ou plusieurs années d'intervalle. Psychisme déficient.

B... est admis, le 24 novembre 1926 à Sainte-Anne, avec le certificat suivant de M. Laignel-Lavastine : « B... P., âgé de 18 ans, présente actuellement un syndrome mental, caractérisé par de la conservation des attitudes, de la suggestibilité, du négativisme, de l'indifférence affective, des stéréotypies, à l'occasion de presque tous les actes de la journée. Gâtisme intermittent.

« Ces troubles mentaux caractéristiques de la démence précoce, à forme catatonique rendent le malade incapable de se conduire, et l'exposent à devenir dangereux pour lui-même ; donc nécessitent son placement dans un établissement spécial. »

Le certificat immédiat mentionne : « Etat dépressif, indifférence émotionnelle ; ralentissement de l'idéation ; mutisme ; tendance à la conservation des attitudes ; stéréotypies ; négativisme. Démence précoce probable. A observer » (25 novembre 1926) (Docteur Cenac).

Histoire de la maladie.

Début vers l'âge de 14 ans (1921). Idées délirantes : il disait qu'à l'atelier son contremaître et ses camarades se moquaient de lui, que tout le monde riait de lui. Il n'avait goût à rien. Au bout d'une huitaine de jours, cessa tout travail, resta couché, ne s'occupant plus de rien. Cet état d'inertie dura une quinzaine de jours, puis cessa brusquement. D'un jour à l'autre, B... se retrouva très bien, comme auparavant.

Un an après, reprise des mêmes phénomènes. Le jeune B... re commence à dire qu'on se moque de lui ; il pleure, reste inerte. Au bout de huit jours, on l'emmène à la campagne. Là son état s'aggrave. Il pleure sans cesse, ne veut pas sortir, ne parle pas du tout, ne demande rien.

(1) Obs., inédite. Service du Professeur Claude.

Au bout de trois semaines, on le ramène à Paris. Huit jours après son retour, *brusquement du jour au lendemain* ; tout cesse. Dans la journée, le malade descend, se met à causer, se retrouvant absolument normal. À noter que, quelques jours avant la crise, il était un peu énervé, travaillait davantage.

En septembre 1926, nouvelle crise (crise actuelle). Le début a été analogue à celui des précédentes. Mêmes idées délirantes ; mais le malade était agité, disait des paroles incohérentes. Il allait et venait ; croyait qu'on allait le chercher ; qu'on allait tuer les siens ; semblait avoir peur ; tentait d'ouvrir les fenêtres pour s'enfuir. Mais il ne semblait pas avoir d'hallucinations auditives, ne présentait pas de systématisation.

Cet état persiste trois semaines ; au bout desquelles, B... est conduit à la Pitié (service de M. Laignel-Lavastine). Il y passe sept à huit semaines ; puis est envoyé à Sainte-Anne.

Antécédents personnels et héréditaires.

Naissance à terme : deux jumeaux. Le frère jumeau n'a eu aucun trouble mental. Malgré une certaine ressemblance physique, les deux frères n'ont pas le même caractère ; le frère sain est plus vif. On ne peut préciser s'il y avait deux poches des eaux.

Pas de maladies dans l'enfance. Le jeune B... a marché à quatorze mois.

Il a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de douze ans, il n'a pas passé son certificat d'études ; bien que, cependant son travail fut satisfaisant.

Le malade a une sœur bien portante âgée de dix-sept ans. Le père souffre de l'estomac, est un toussEUR habituel. La mère est bien portante.

Le 26 novembre, le jeune B... est examiné : C'est un malade qui semble fatigué. Il est apathique, inerte ; répond à voix faible, difficilement et très lentement aux questions qu'il faut répéter plusieurs fois. Indifférence affective complète, facies inerte. Immobilité ; catatonie ; le malade garde les attitudes.

Les réflexes tendineux sont normaux ; les pupilles sont en mydriase. L'état général semble mauvais ; le malade est de petite taille ;

peu robuste et tousse au cours de l'examen. On note aussi une salivation marquée, une pâleur terreuse.

Examen au sulfate d'atropine : Injection intra-veineuse de 2 milligrammes. On note 56 pulsations avant l'injection, 120 après. Différence = 64 ; forte vagotonie.

Le 27 novembre. On note : lenteur des réponses, tendance à la conservation des attitudes, inertie. Orientation assez bonne.

Le phénomène de la poussée est normal.

Le réflexe oculo-cardiaque indique une forte vagotonie (56-48).

Un examen radioscopique pratiqué le 2 décembre indique : « un sommet droit obscur, ne s'éclaircissant pas à la toux, le reste du champ pulmonaire de ce côté est clair. Du côté gauche, on note dans la région périhilaire une zone floue assez large. Le diaphragme est bien mobile. »

Le 8 décembre. Certificat de quinzaine : « Etat dépressif. Indifférence affective. Mutisme, tendance à la catatonie. D. P. probable. A maintenir. » (Docteur Cenac).

Le 26 décembre, on note : immobilité impressionnante du regard et de l'attitude ; aspect « monacal ».

Le réflexe de posture au pied est en apparence extrêmement intense ; on voit se dessiner la corde du jambier antérieur, immobilisant le pied ; cependant pas de dissociation entre le jambier et les extenseurs.

D'autre part, la production des mouvements passifs ne donne pas l'impression de plasticité, spéciale aux parkinsoniens ou aux extra-pyramidaux. A certains moments, l'articulation paraît même ballante. On a l'impression d'une sorte d'oubli des membres dans la position qu'on leur donne. Phénomène voisin des paralysies psychiques.

Le phénomène de la poussée est très marqué. Les réflexes abdominaux sont extrêmement forts.

Le 5 janvier 1927, l'examen du L.C.-R indique une tension de 30 au Claude. On trouve 0,6 éléments au millimètre cube ; 0 gr. 20 d'albumine, 0 gr. 42 de glycose au litre.

Les réactions de Wassermann, de Pandy-Weichbrodt sont négatives ; celle du benjoin est normale.

Le 14 janvier les réflexes de posture sont forts en apparence, mais ne rappellent pas les réflexes forts des extra-pyramidaux. Contraction très forte de la corde du jambier antérieur ; on ne trouve pas les petites secousses en rapport avec les mouvements successifs de l'articulation. On obtient ensuite, un état de relâchement complet. Enfin, réflexe périosté malléolaire très fort.

Le 22 janvier. Certificat de situation : « D. P. ralentissement psychique. Mutisme, négativisme, stéréotypies ; tendance à la conservation des attitudes. L'état actuel de ce malade entraîne l'exemption de tout service (Docteur Cenac). »

Le 31 janvier, l'examen du métabolisme basal donne le chiffre de 35, qui est au-dessous de la normale moyenne de l'âge du malade : 39,5.

Le 22 mars : *Changement brusque*. En quelques jours le facies s'est coloré, est plus vivant. Le malade va et vient, parle d'une façon cohérente, a repris une grande partie de son activité. Le changement est considérable. Le malade donne très volontiers des détails sur le début de sa maladie :

Début assez brusque au mois d'octobre 1921. A ce moment, dit-il, il travaillait dans une usine de constructions mécaniques. Un jour, après avoir eu chaud, et ayant bu beaucoup, il ressentit un malaise, une sorte de syncope. On dû le coucher de suite.

Après quelques jours de repos, il partit en convalescence, en Bretagne où il passa quinze jours. A son retour, il se sentait extrêmement fatigué, se plaignait de maux de tête ; il ne retourne pas à l'usine et se met à travailler comme cordonnier avec son père. Peu à peu, il se remet.

Il y a quatre mois, il eut des « idées », avait peur, était triste, fatigué ; et c'est sur ces entrefaites qu'il entre à la Pitié, puis à Sainte-Anne.

D. — Pourquoi ne parlais-tu pas ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Est-ce parce que tu ne pouvais pas, ou que tu ne le voulais pas ?

R. — Je ne voulais pas.

D. — Souffrais-tu de cet état ?

R. — Non, pas trop.

D. — Etais-tu malheureux ?

R. — Je m'ennuyais.

D. — Cela ne tenait-il qu'à toi de parler ?

R. — Oh ! oui.

D. — Pensais-tu à quelque chose à ce moment-là ?

R. — Oui, je pensais que je n'étais pas bien, c'est cela qui m'empêchait de parler.

Recherche des réflexes de posture au bras : A la première épreuve, les réflexes sont assez forts, mais pas très forts. En particulier, pas de ressaut, comme chez les parkinsoniens. Au bout d'une ou deux nouvelles épreuves et dès que l'on fléchit un peu l'avant-bras, on voit se dessiner nettement une contracture volontaire du biceps, qui précède même la flexion de l'avant-bras.

Le 10 mai, le certificat de sortie mentionne : « Etat dépressif ralentissement psychique, tendance aux stéréotypies. Le malade amélioré peut être rendu à sa famille, qui s'engage à lui assurer à la campagne, la surveillance et les soins que nécessite encore son état » (Docteur Cenac).

Le malade sort le 16 mai : facies coloré, salivation beaucoup moins marquée.

Le 21 juin le jeune B... est revu. Il va très bien ; il a repris ses occupations avec son père ; il s'acquitte très bien de son travail, est très attentif, très soigneux. Il a repris son humeur habituelle, s'intéresse à tout, sort de temps en temps avec ses camarades, va au cinéma avec plaisir ; est doux, docile, affectueux avec ses parents.

Le facies est excellent, très coloré. Apparence d'un excellent état général. Le jeune homme mange et dort bien ; son comportement est normal.

Les réflexes de posture paraissent *excessivement* faibles, à peine

décelables au pied, au creux poplité, au biceps. Il faut noter cependant que le malade paraît encore engourdi, inerte, un peu passif.

Ce même jour, un examen labyrinthique est pratiqué.

A droite : Nystagmus rotatoire gauche à 8 milliampères.

Inclinaison à droite à 5 milliampères.

Sensation vertigineuse : 0 (en poussant jusqu'à 10 et 15 mA).

A gauche : Nystagmus rotatoire droit à 8 milliampères.

Inclinaison à gauche à 9 milliampères.

Sensation vertigineuse : 0.

Aucun malaise après.

Le 28 septembre, B... est revu ; son père dit qu'il va bien dans l'ensemble, qu'il travaille régulièrement et d'une façon pas trop lente : « Il fait le travail d'un bon ouvrier ».

Il cause peu, mais a été toujours ainsi. Il sort cependant avec des camarades, et ne reste pas isolé.

A l'examen, B. répond bien aux questions, mais il a conservé un aspect apathique. Le facies est bien coloré, mais l'expression mimique est peu active. A noter, une certaine passivité motrice ; on a le signe de l'oreiller psychique ; une tendance à la catalepsie (le bras soulevé, restant en l'air assez longtemps) ; le malade se met dans les positions commandées les plus variées. Il a un aspect indifférent.

Les reflexes de posture sont très faibles. Les reflexes rotuliens vifs, avec ébauche du signe de Maillard.

Le 2 décembre, on note : facies bon, mimique relativement vive. Cependant B. est toujours apathique, immobile, muet. Il travaillerait aussi bien qu'avant sa crise, dit le père.

Le regard est vague, ne se déplace pas ; les battements des paupières sont rares. On a l'impression d'une suspension de toute activité, d'un engourdissement psychique.

B. dit qu'il ne pense à rien ; qu'il ne se souvient pas de ce qui se dit autour de lui, il se rend vaguement compte qu'il n'est pas absolument « en forme » ; mais il n'en est pas gêné.

Absence d'activité spontanée. Passivité. Toute activité est provo-

quée. B. obéit aux commandements même absurdes, comme de se coucher par terre. Dès qu'il a accompli l'ordre il reste immobile.

Le 30 Janvier 1928, le jeune B. est de nouveau revu. Il va toujours bien ; son père trouve son état toujours satisfaisant.

Interrogé sur ce qu'il éprouvait durant sa période catatonique, B. dit qu'il n'éprouvait aucune impression pénible. Cela ne lui était pas désagréable. Il ne pensait à rien.

D. — Pourquoi ne remuais-tu pas ? Est-ce parce que tu ne le pouvais pas, ou parce que tu ne le voulais pas ?

R. — C'est que je ne voulais pas.

D. — Il ne te venait pas des idées, pensais-tu à quelque chose ?

R. — Non, à rien.

Il semble qu'il y ait eu chez lui une *suspension de toute activité spontanée* psychique ; mais avec conservation de l'enregistrement car il se rappelle parfaitement tout ce qui s'est passé : « J'entendais, mais il me semble que tout cela m'ait été indifférent ».

Il y a donc lieu, ici, de différencier cette suspension de l'activité, d'avec la suspension de la conscience vraie.

Par moments, le facies est plus vivant ; à d'autres, il semble plus figé. B. conserve un moment une attitude imposée du bras ; mais il la quitte dès qu'il se produit une diversion de l'attention.

Le reflexe oculo-cardiaque est fort : 80-54 pulsations.

Le 8 février, le malade est toujours bien. Il est absolument comme il était avant sa maladie. Il travaille comme cor^{de}onnier, et d'une façon très satisfaisante. Il se distrait, a des camarades etc.

A l'examen, il est toujours un peu apathique, ne parle pas spontanément (a toujours été ainsi, a dit le père) répond parfaitement et avec précision aux questions posées.

Le visage est bien coloré ; on note un peu d'acrocyanose aux mains (de même que chez le père). Les reflexes sont normaux.

La flexion passive de l'avant-bras, ne donne rien de spécial ; il n'y a pas de négativisme. Il y a de la conservation des attitudes aux membres supérieurs et inférieurs.

Les reflexes de posture sont tout à fait normaux, plus nets du côté droit (jambier antérieur et biceps). On voit un soulèvement net et très court du jambier antérieur.

On note ici, l'intensité des phénomènes qui ont duré plusieurs mois et qui s'accompagnaient d'un état un peu cachectique.

Salivation marquée ; troubles vasculaires considérables, pâleur terreuse.

Le point le plus remarquable est la disparition brusque de toutes les manifestations catatoniques, de la salivation, des troubles vasculaires, ainsi que des troubles psychiques.

Le malade était devenu d'un jour à l'autre méconnaissable.

Cependant, s'il a pu sortir de l'asile et reprendre une vie sociale, il n'est pas complètement guéri, car il est toujours engourdi et apathique.

OBSERVATION II

M^{me} Ber..., quarante et un ans (1).

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, déséquilibré.

Une sœur, quarante-huit ans, névropathe, ayant présenté à un moment donné des « crises de catalepsie » (?).

Antécédents personnels. — Malade toujours très nerveuse, émotive, irritable, tendance à s'isoler dès l'enfance.

A dix-neuf ans aurait eu des « crises d'énervement » à la suite de contrariétés, se levait parfois la nuit. Soignée à ce moment par le bromure dans le service de M. Babinski à la Pitié.

Mariée à vingt-deux ans : très malheureuse en ménage. Mari brutal. Conflit. Souvenirs affreux de cette période. Divorce au bout de dix ans. Enfants : une fille âgée actuellement de dix-huit ans ; un garçon âgé de treize ans et demi actuellement atteint de chorée.

Bien portante jusqu'à il y a trois ans.

A cette date, *tuberculose pulmonaire*. Soignée à Laennec, puis au sanatorium de Saint-Leu-Taverny d'où elle sort améliorée mais non guérie au bout de sept mois (on trouve encore actuellement

(1) Obs. publiée dans *Paris Médical* (27 décembre 1930).

des bacilles de Koch dans ses crachats). Peu après, apparaissent des tremblements, de la tachycardie, de la dyspnée. Soignée dans le service du Professeur Vaquez à la Pitié.

Les troubles mentaux débutent il y a quatre mois à la suite d'un épisode sentimental (se croyait aimée de son chef de bureau) ; en même temps apparaît une émotivité marquée et peu à peu un syndrome délirant et d'influence (on la regardait, faisait des réflexions) ; puis impression d'être *suggestionnée, hypnotisée* par ce chef de bureau ; se sentait saisie par tout le corps par son influence, comme endormie artificiellement.

Il y a deux mois apparaissent :

1° Du *somnambulisme* : se levait la nuit, déplaçait des objets, faisait divers actes dont elle n'avait aucun souvenir le matin :

2° Des *petites crises cataleptiques* ébauchées. Plusieurs fois rentrant chez elle, elle s'asseyait un instant avant d'enlever son chapeau et se retrouvait plusieurs heures après dans la même position, n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis.

Peu après son entrée dans notre service (mars 1930) s'installe le *sommeil cataleptique* : malade immobile, le regard absolument inexpressif, *comme une statue*. Raideur marquée de tout le corps avec conservation des positions imprimées au membre. Parfois attitude en arc de cercle, et même à certains moments la malade placée sur deux barreaux de chaise éloignés reste rigide dans cette position.

Epreuve du réveil. — Si l'on parle à la malade de façon pressante, en lui posant des questions, en faisant allusion à ses enfants ou à des souvenirs affectifs, souvent après un certain temps d'effort (quatre à cinq minutes), on voit rapidement les yeux s'ouvrir puis la figure reprend soudain une expression vivante. Le facies s'épanouit et sourit. Au même moment l'hypertonie disparaît complètement ainsi que la conservation des positions. La malade répond alors aux questions, mais, si on l'abandonne ensuite au repos, la rigidité et le sommeil cataleptique reparaissent.

Epreuve de la suggestion. — Au cours du sommeil cataleptique, on annonce, avec tous les moyens subjectifs appropriés, que l'on

va faire une injection qui va faire cesser immédiatement le sommeil. On fait une injection de sérum physiologique. A sa suite, les yeux s'entr'ouvrent, mais le réveil n'est obtenu qu'en y adjoignant les stimulations habituelles, et, dès qu'on abandonne le malade, le sommeil cataleptique reparaît.

Troubles subjectifs. — Interrogée sur ce qu'elle ressent durant ses périodes d'immobilité, la malade répond invariablement qu'elle se sent saisie d'un sommeil invincible et en même temps d'un « drôle de mal de tête comme si on avait le cerveau paralysé ». Au début, dit-elle, « je me sens partir, je me sens couler, je suis comme une pauvre morte ».

A noter enfin que les phénomènes sont capricieux ; qu'à certains moments la malade est sortie de sa catalepsie pour signer un mandat ; qu'on l'a vue très nettement retomber en catalepsie à la suite d'une contrariété, d'une reflexion un peu désagréable.

Comme le disent MM. Claude et Baruk à propos de cette observation, on notera l'aspect qui rappelle davantage la catatonie périodique que la démence précoce. Cette malade peut être rattachée à la catatonie type Kahlbaum, dans laquelle le syndrome psychomoteur est au premier plan, et les signes de dissociation psychique sont moins accentués et plus transitoires que dans la démence précoce classique.

OBSERVATION III

Her..., Henri (1).

Résumé. — Après une première crise, vers l'âge de 14 ans, survenant à la suite d'un choc émotif ; nouvelle crise en avril 1929 apparaissant sur un fond mystique. Puis en mai 1930 ; nouveau choc émotif, nouvelle crise.

(1) Obs. inédite. Service du Professeur Claude.

H. est admis le 20 novembre 1929 à Sainte-Anne, avec le certificat suivant :

« Mutisme habituel, immobilité absolue, négativisme, opposition, se laisse soulever comme une planche, sans plier les genoux. Refus d'aliments ; constipation ; gâtisme urinaire. Impulsions violentes (suicide), bris d'objets, etc. Conservation catatonique des attitudes. Très mauvais état général : amaigrissement. Idées délirantes à thème mystique manifestées depuis des mois. Raideur du tronc et des membres inférieurs. L'examen du L.C.-R. est impossible, vu la difficulté de la ponction lombaire.

L'état mental de H. rend nécessaire son internement dans un asile d'aliénés. » (Docteur Courtois).

Le certificat immédiat du 23 novembre mentionne : « Syndrome catatonique avec immobilité absolue, négativisme et opposition, raideur du tronc et des membres inférieurs. Se laisse soulever comme une planche sans plier les genoux. Conservation des attitudes. Actuellement idées hypocondriaques, négation d'organes. Aurait présenté des idées délirantes à thème mystique. Probabilité de démence précoce. A observer. » (Docteur Meignant).

Histoire du malade.

Naissance à terme le 18 décembre 1908, nourri au sein jusqu'à l'âge de six mois. Diarrhée verte, jusqu'à quatre mois. Premiers pas à un an. L'enfant était petit et faible. Coqueluche à 4 ans ; rougeole à 6 ; forte bronchite à 8 ans. Opéré de l'appendicite le 9 janvier 1923.

H. s'est toujours plaint d'avoir mal un peu partout ; il était très mou, nonchalant. Il manquait toujours d'appétit, se plaignant souvent du ventre. Il respirait avec difficulté. Son caractère restait cependant bon et affectueux.

Il y a sept ans environ ; alors qu'il se trouvait dans une colonie de vacances ; il eut l'occasion de manipuler une arme à feu qu'il avait trouvée dans un champ et qu'il ne croyait pas chargée ; l'arme partit et blessa légèrement une jeune fille. Il crut l'avoir tuée et se cacha dans une cave, pendant plusieurs heures. « Depuis ce moment-là, dit le père, nous le vîmes toujours triste et pensif, toujours solitaire et n'acceptant aucune distraction ». L'appétit diminuait et l'enfant se mit à maigrir.

En avril 1929, le jeune H. eut une crise avec *idées mystiques et religieuses*. Il prétendit être possédé par un mauvais esprit ; de ses yeux et de sa bouche faisait des gestes bizarres. Il ne mangeait plus rien. Il se tenait *continuellement debout, se frappant* le ventre, sans cesse ; pendant « sept heures, montre en main » dit le père, rien ne pouvant l'arrêter ; car, disait-il, c'était un autre qui manœuvrait ses poings. Il hurlait aussi comme un « fauve », et affirmait être *commandé* par quelqu'un d'invisible.

Un soir, il se mit à crier que tout le monde devait quitter la maison ; qu'on devait laisser les portes ouvertes et le passage libre à ce mauvais esprit qui devait le quitter. N'ayant pas eu satisfaction immédiate, il se mit en colère, brisant divers objets. Après cette scène, il « perdit des forces et resta inerte et sans parole pendant de longs mois ». Les médecins parlèrent de catatonisme, de négativisme. H... *ne mangeait plus du tout, ni ne buvait* ; sa conversation était pourtant « très nette et très raisonnable » ; mais il prétendait que *quelqu'un l'empêchait de s'alimenter*. Il aurait bien voulu manger, mais au moment de lui présenter quelque chose, « sa bouche se reculait involontairement ».

Pendant plus d'un mois, il se tint debout, rigide, sans pouvoir *se plier* ; parfois dormant debout. Avec beaucoup de mal, on réussissait parfois à le mettre au lit. Il poussait des cris de douleur dès qu'on l'approchait « même lorsqu'il ignorait notre présence », dit le père.

Il clignait souvent des yeux ; sur les instances du père, il finit par expliquer « qu'il voyait de nombreux petits personnages avec des bonnets rouges qui défilaient ».

Ses extrémités étaient toujours froides. Il disait qu'il était très content lorsqu'on le mettait au lit, même quand il opposait de la résistance, car il était très fatigué ; mais, il ne pouvait, ni ne devait demander quoi que ce soit.

Pendant une longue période au mois de mai, il eut les « *yeux plutôt fermés* » ; il ne bougeait pas ; était inerte et sans parole ; on le piquait, il ne bougeait pas, il était « comme un mort ». Quand il se remit à parler, il rappela tout ce que les médecins

avaient dit à son lit, et beaucoup de choses oubliées. « Je ne pouvais pas répondre » dit-il.

En septembre il entre à la Pitié (service de M. Laignel-Lavastine).

Depuis le 9 novembre, l'affaiblissement est tel, que H. ne peut plus se tenir debout ; les mâchoires sont crispées. Il se plaint d'une éventration à l'endroit où il a été opéré. Il prétend avoir la *colonne vertébrale fracturée* à la suite d'un choc provoqué par les parents en le déplaçant, et c'est pourquoi, il ne peut plus se plier. A certains jours, il est plus triste qu'à d'autres. Il condamne tous les traitements que ses parents ont fait essayer : hypnotisme, magnétisme, magie, etc... *Il se croit tous les jours en train de mourir.*

Mais, depuis qu'il se trouve dans le service du Professeur Claude, il dit vouloir manger, mais que la cuisine ne lui plaît pas. Il se plaint du bruit que font certains malades ; il ne cesse de répéter : « Je ne suis pas fou, pourquoi m'avez-vous placé avec des fous ? ».

Il mange tout ce que ses parents lui apportent ; mais il ne boit pas.

Le 23 novembre 1929 ; il est examiné. On note : *raideur, immobilité absolue.* Impossibilité de fléchir les jambes sur les cuisses, les avant-bras sur les bras. Mais la contracture cesse brusquement, si on fléchit plusieurs fois les avant-bras sur les bras. La tête est en extension forcée. Opposition à la flexion.

Le malade exprime spontanément des idées hypochondriaques sur un ton monotone :

Il lui manque des organes ; il lui manque la plus grande partie de la vessie, ses intestins sont très descendus, *amincis*. Ses organes sont modifiés, changés de place. Il ne peut pas manger, car il ne croit pas avoir de foie ; il faut qu'on l'examine « très intérieurement », car il n'est pas fou... Il n'a pas la force d'exprimer sa pensée, de « *fixer la parole* ».

« Quand j'essaie de rassembler mes idées, il me faut faire un grand effort. Je n'ai pas mangé depuis deux mois ; à peine un verre de lait de temps en temps, tous les trois jours. Ce n'est pas que je ne veuille pas manger, au contraire, les bonnes choses m'attirent encore, mais je ne *peux pas manger*, car mon *estomac est déchiré* ».

« Le début de ma maladie a été très étrange ; je ne sentais pas les mains des gens qui me touchaient ; c'était une chose anormale ; j'étais comme un *mort-vivant* ; j'étais triste, je n'avais aucun plaisir à la vie. Pourtant, je n'ai jamais eu d'idées de suicide. J'ai eu des idées mystiques, mais je n'en ai plus. »

Il veut une nourriture spéciale qui soit légère et qui satisfasse son goût, qui soit un peu comme une gourmandise.

Le 27 novembre :

« Si je ne parle pas, ce n'est pas parce que je ne le veux pas ; *je n'en ai pas la force*. Lorsque je pense, je ne peux pas exprimer ce que je pense. Est-ce parce que les idées ne me viennent pas. Non, ce n'est pas ça, je ne sais pas. *Il doit me manquer un organe* ; je voudrais qu'on me radiographie la bouche, le larynx. Je n'ai pas respiré du tout pendant quelque temps.

« La parole m'est impossible ; évidemment je parle ; mais ce n'est pas mon intelligence qui parle, *la pensée est comme détachée*. Je n'ai plus la force de parler.

« Intérieurement, je ne peux pas exprimer la souffrance.

« A certains moments, j'étais comme un cartilage.

« Lorsque je pense, je n'ai pas la force de parler ; l'intelligence ne vient pas à ce moment. »

D. — Et la pensée elle-même ?

R. — Je n'ai rien dans la pensée ; je vois le monde. J'entends. A vrais dire, intérieurement, je ne pense pas. Ça m'appuie sur le bas-ventre ; je crois que je suis un *mort-vivant*. Je vois, j'entends je suis dans un tumulte ; je suis conscient de ce qui s'est passé. J'ai l'impression que *je suis sur le point de mourir* ; comme quelqu'un de mort.

Il y a quelques mois, j'étais un phénomène ; j'étais muet. On me forçait avec peine à prendre certains aliments. Les Docteurs Vinchon et Roubinovitch sont venus me voir. Ils appelaient cela le catatonisme. *Je comprenais absolument tout ce qui se passait autour de moi*.

D. — Qu'est-ce qui vous empêchait de parler, vous ne pouviez pas ou vous ne vouliez pas ?

R. — Je ne sais pas.

Puis on note : polypnée. H... semble souffrir : « Je parle, c'est pour *rattraper* les idées, pour savoir ce que je dis ; pour *rattraper la vie*, car je n'ai pas la vie. »

Il paraît épuisé, soupire : « Je vais vous demander, si vous le voulez bien, de me reposer un instant... »

Après un moment : Ça m'appuie ici (montre le creux de l'estomac). Il faut me croire. Je vous assure que j'ai eu des phénomènes d'effervescence, dès le moment où je suis entré à la Pitié. Intérieurement je remue, c'est extraordinaire.

D. — Je me rends bien compte de ce que vous ressentez.

R. — Oh ! Je crois qu'on ne peut pas se rendre compte de cela. Depuis que je suis entré à la Pitié, je ne mangeais plus, je ne vivais plus, je n'avais pas la force de penser. Si je pense, je ne me sens plus du tout. Je ne sens plus rien ; *Je suis comme mort. Je suis coupé.*

D. — Et quand vous ne parlez pas ?

R. — Je repose, cependant, je n'ai aucun repos. Je sens ma douleur sans penser. A vrai dire ce sont *des choses qui se contredisent*. Je ne pense pas pour ainsi dire ; j'entends tout ce qui se passe autour de moi.

Je n'ai jamais de repos, je ne souffre pas et je n'ai jamais de repos. Expliquez-moi ça ; c'est *incompréhensible*. Je suis comme un *cartilage*, *je suis formé puis déformé*, *je n'ai pas la résistance, la force intérieure*, *je me laisse déformer*. Je vais encore essayer de vous expliquer ; je vous demanderais, si vous le voulez bien de ne pas m'interrompre.

(Soupirs, semble faire des efforts épuisants).

Depuis le moment où je suis entré à la Pitié — il y a trois mois — je suis resté environ deux mois sans boire, mais presque entièrement ; je vous assure que c'est vrai. *Tout était contracté intérieurement*. On arrivait à me faire boire de temps en temps un verre de lait.... Je ne sais pas si je ne parle pas trop vite, pour que vous écriviez. Je ne sentais aucun besoin de manger ; *Je restais parfois quarante-huit heures debout, comme immobilisé, j'étais comme dans une sorte de mort, je voyais, je me rendais compte, comme dans le vague.*

D. — Pourquoi ne mangiez-vous pas ?

R. — Je ne sais pas, j'avais faim pourtant, mais j'étais dans une sorte de raideur, de *cataplexie*. Quand on me présentait des aliments, cela me provoquait de l'appétit. Excusez-moi, j'ai l'air de divaguer en ce moment. Je n'ai pas la force de la pensée.

D. — Racontez-moi comment cela vous est venu.

R. — Au début, je ne me rappelle pas, ma maladie me semble un siècle.

D. — Comment cela a-t-il commencé ?

R. — Je ne sais pas, je sais que c'est *depuis huit mois* (soupire, semble faire des efforts). Je suis tombé sur le rebord du lit, je me suis cassé la pointe de la colonne. Plusieurs mois, je n'ai pas vécu.

D. — Depuis combien de temps ?

R. — Je sais que c'est depuis le mois d'avril, je l'ai entendu dire. Je n'ai aucune notion du temps. Quand une personne vient et dit le jour, je le sais parceque je l'entends. Mais pour moi, le temps est tout pareil.

D. — Sommes-nous maintenant au matin, ou dans l'après-midi ?

R. — *Quand une personne me questionne ; cela me coupe la pensée, je ne peux pas dire ce que c'est.* Je sais que maintenant c'est le matin, parce qu'on n'a rien apporté.

D. — Depuis quand êtes-vous dans cette pièce ?

R. — Je sais, depuis hier. Je compte les jours, mais je ne me rends pas compte du temps ; je ne sais pas le mois où nous sommes. Dans l'autre salle, quelqu'un qui divague disait que c'est le mois de décembre ; mais je ne sais pas si c'est exact.

D. — Ce que vous sentez, est-ce pénible ?

R. — Très pénible ; je parle, mais ma physionomie ne peut pas exprimer ce que je sens. Je suis comme un mort, un mort qui pense et qui souffre.

Il se plaint, quand il parle, d'une très grande douleur dans le ventre :

« J'ai été opéré de l'appendicite, à 14 ans, et j'ai eu une éviscération, il y a trois semaines au milieu de la nuit. »

D. — Quelle genre de souffrance, physique ou morale ?

R. — Ce n'est pas cela, *je suis hors de l'existence. Mes intestins sont très descendus, comme arrachés.*

D. — Etes-vous inquiet, quant à l'avenir ? Avez-vous de l'anxiété ?

R. — Pas d'anxiété. Je pense à vivre. Je n'ai pas vécu, comme tout le monde, depuis des mois. J'étais un automate à certains moments.

D. — Avez-vous de l'angoisse, de la crainte ?

R. — Ce n'est pas de la crainte ; je ne suis pas torturé. Je veux prolonger mon existence.

D. — Avez-vous la crainte de mourir ?

R. — Je n'ai pas la crainte de mourir. *Je veux vivre.* Je ne pense pas comme les autres (paraît faire effort). *Je m'exprime mal, quand je pense beaucoup.* J'ai peut-être divagué. On pense que je ne souffre pas, mais je souffre, bien que ma physionomie ne l'exprime pas. Depuis le catatonisme (on appelle ça comme ça), je suis comme une bête qui sait ; mais je n'ai pas une intelligence ; je ne suis pas le même du tout.

La pensée de la personne qui est en face, m'empêche de penser. On croit que je divague, mais pour ça, je ne divague pas. Je n'ai pas mangé un certain temps (un des médecins présents dit que ce n'est pas vrai). On me forçait avec un « canard » ; mais j'étais dans la catalepsie. Je n'existe pas pour ainsi dire.

Puis il revient à son intestin.

D. — Qu'est-ce qui se passait en vous, quand on vous forçait à manger ? Est-ce que vous aviez une idée, en vertu de laquelle vous ne vouliez pas manger ?

R. — Je n'avais aucune idée à ce moment-là. Je comprenais tout ce qui se passait.

Il revient toujours à l'idée qu'il s'est cassé une partie de la colonne vertébrale et que la tête est séparée du reste.

Examen physique.

Pâleur cadavérique, teinte cireuse des téguments. Le malade est

amaigri. Pendant toute la durée de l'examen, flux incoercible de paroles incohérentes.

Quand on essaie de remuer la tête ou les membres : raideur, soudant les segments. La tête au repos est en *hyperextension* (opisthotonos) ; quand on veut la fléchir, grosse raideur qui cède au bout de quelques instants. Aux membres supérieurs, on passe d'un instant à l'autre, d'une raideur invincible en extension, à une hypotonie complète.

D. — Pourquoi m'empêchez-vous de fléchir le bras ?

Pas de réponse.

Il oppose une résistance invincible, quand on veut l'asseoir.

Réflexes rotuliens normaux ; plantaires, en flexion.

H... ajoute : « On m'a fait cinq ponctions dans la colonne ; j'ai horriblement souffert ; mais je ne pouvais pas résister ; ma physiologie ne l'exprimait pas. On m'a comprimé le ventre, en disant que je me contractais.

Le 29 novembre.

D. — Donnez-moi la main droite. — Il la donne.

D. — Donnez-moi la main gauche. — *Impossible*, aucun mouvement de la main gauche. Il pousse des soupirs. On enlève les draps pour faciliter les mouvements ; toujours impossible. A un moment, il lève le bras en l'air et l'y maintient un instant. Puis de nouveau le replace dans le lit et ne bouge plus.

D. — Pourquoi, est-ce parce que vous ne pouvez pas ou parce que vous ne voulez pas ?

R. — Parce que ma *volonté est abolie de ce côté-là*.

D. — Depuis quand êtes-vous gêné pour remuer du côté gauche ?

R. — Cela dépend de la position.

On lui ordonne de fermer la main gauche ; il la ferme. Puis *malgré des ordres répétés de l'ouvrir, il la laisse fermée*, Il pousse des soupirs : « Si on me mettait la main dans la même position que la droite, je pourrais obéir. Dans l'autre position, cela me comprime le cœur » (A noter que depuis deux jours, on lui a fait deux piqûres intra-veineuses d'Angioxyl, au bras gauche).

D. — Depuis quand le côté gauche est-il plus paralysé ?

R. — Je ne sais pas, il y a longtemps. Quand on m'aide je peux le bouger (on essaie, il ne fait aucun mouvement). Quand je parle, cela m'empêche de bouger.

D. — Ne parlez plus, ne vous occupez que du drap et soulevez-le.

Après de nombreuses injonctions, il fait un mouvement ample, qu'il arrête à mi-course. Il laisse longtemps le bras dans cette position.

« Quand je bouge, cela me coupe, et je suis comme paralysé. »

D. — Si vous vouliez absolument le relever, le pourriez-vous ?

R. — Cela m'empêche ; je ne sais pas si j'ai un cœur (repart dans un flux de paroles)..

On veut lui enlever sa chemise ; il fait des efforts, pousse des soupirs, mais n'aide en rien ; on ne voit aucune contraction des muscles du bras. Quand on insiste pour dégager le bras gauche, il gémit, se plaint de souffrir beaucoup.

« Je ne sais pas, si je peux m'asseoir. Je suis comme un morceau de chair ; on peut me plier. A des moments, ce qu'on appelle ma raideur diminue beaucoup. »

Avec l'aide d'un infirmier, on l'aide à s'asseoir — difficilement d'ailleurs. — Il gémit.

D. — Tenez-vous sur les bras.

Il se soutient très énergiquement sur le bras gauche.

Au cours de toutes ces manœuvres, il paraît douloureux de partout.

On parvient à l'asseoir au bord du lit ; il gémit, on l'abandonne à lui seul, il reste assis, à l'aide de ses bras, il se maintient. On veut le mettre debout ; on y arrive en le soutenant, mais il se laisse aller. « Je suis comme un cartillage. »

On veut lui écarter les jambes : il s'abandonne passivement. On lâche tout ; il tient, puis vacille et s'abandonne en une chute d'un seul bloc, comme une statue mal équilibrée. Cependant, on peut observer au cours de cette chute une certaine souplesse, un peu comme l'acteur qui se laisse tomber sur la scène.

Dans la station debout on note de la cyanose des pieds et des jambes. On lui ordonne de se lever et de marcher un peu. On l'aide. Mais c'est une masse ; il se raidit et résiste. Il était étendu sur le

côté gauche et s'aidait du bras droit ; on le remet un peu d'aplomb, il s'aide alors du bras gauche.

Quand on veut plier la jambe sur la cuisse, il oppose une attitude d'extension invincible. Les réflexes rotuliens sont normaux. Les achilléens aussi. Les jambes qui étaient raides, deviennent souples tout d'un coup.

D. — Donnez-moi la main gauche..., la main droite. Rien (il répète : « Je souffre »).

Après un long moment, où il paraît faire de grands efforts, donne simplement la main droite, puis se laisse prendre la main gauche.

Quand on soulève les membres, pour rechercher la catalepsie ; il le laisse tomber passivement.

D. — Tirez la langue. Même difficulté, la langue est comme soudée.

Le 6 décembre, le certificat de quinzaine mentionne : « Est atteint d'hébéphreno-catatonie. Etat général médiocre, mais en voie d'amélioration. A maintenir. » (Docteur Meignant).

Le 16 décembre.

« J'ai l'impression que j'ai perdu des morceaux d'intestin, je n'ai pas de coccyx. J'ai senti... comme s'il s'était brisé en deux, au cours de ma catalepsie. Il s'est brisé sur le rebord du lit. Si on m'examinait bien, on verrait. »

On essaie de le raisonner ; il est convaincu, qu'il a une ouverture dans la peau. Il s'interrompt pour s'excuser. Aujourd'hui il est très fatigué, il a beaucoup mangé hier, mais il est très faible psychologiquement.

Il parle beaucoup, facilement ; il s'excuse de parler mal : « Je parle en, comment dit-on ...en égotiste. Excusez-moi. »

Il commençait à apprendre le métier de fourreur, raconte-t-il, puis il a été opéré de l'appendicite. Il a été en Angleterre, où il a appris l'anglais en quatre mois.

Il se plaint d'avoir été très malade la nuit passée : « Je ne suis pas aujourd'hui comme d'habitude ». Il revient à ses phénomènes abdominaux. Puis :

« J'avais la pensée affaiblie, j'ai des idées de la pensée. Ces der-

niers temps, il y a deux ou trois mois ; j'ai eu comme un cauchemar. Je ne pouvais plus manger, ni parler. J'étais comme paralysé. »

Il demande à rentrer chez lui : « Il me semble que je mangerais mieux, que je guérirais. Je ne sais pas si je peux vivre longtemps ; non seulement j'ai la pensée vide, mais encore j'ai l'impression qu'il me manque des organes. »

On insiste :

D. — Croyez-vous sincèrement qu'il vous manque des organes ?

R. — J'en ai eu l'impression, la sensation. Il entre dans de longues explications :

« Deux œufs seraient descendus là (montre les régions hypogastriques et inguinales).

On insiste à nouveau :

D. — Comment ces organes seraient-ils partis ?

R. — Comment peut-on croire, qu'une personne puisse vivre deux mois et demi sans manger.

Puis il se remet à parler de son état de raideur, de son catatonisme ; mais on ne peut obtenir de lui, une affirmation convaincue de la disparition de ses organes.

Il réitère sa demande de rentrer chez lui, reconnaît qu'il a été malade :

« J'avais peut-être des idées, des sensations de mélancolie. Je raisonne très bien, mais je suis encore très faible. Et puis, chez moi, je mangerai mieux.

« Je suis mieux, mais je suis comme s'il me manquait quelque chose à l'intérieur. J'ai eu du délire au commencement de ma maladie. J'ai des idées très vagues ; j'étais comme hors de la vie, pendant cette maladie. »

Au sujet de son instruction, les renseignements sont difficiles à obtenir, cependant :

« A l'école primaire, j'étais dans les premiers. Puis j'ai beaucoup lu, beaucoup appris moi-même, je ne me rappelle pas exactement... Ma maladie m'a semblé avoir duré des siècles. »

Il dévie toujours ses réponses vers sa maladie. Celle-ci ne lui aurait laissé qu'un souvenir très vague.

Il déclare qu'il savait quatre ou cinq langues vivantes, sans compter le ydich ; mais on a beau insister, on ne peut savoir lesquelles.

Le 17 décembre.

Visite du père, qui le trouve mieux. Il confirme qu'avant sa maladie, son fils savait le français, l'anglais, l'allemand, le ydich et comprenait un peu l'hébreu. Il fréquenta l'école jusqu'à l'âge de 12 ans.

Depuis huit ans, pas de travail suivi, pas d'école supérieure.

Quelques essais de travail dans des banques, mais sans succès.

Il passa effectivement quatre mois en Angleterre, il y a trois ans et apprit suffisamment l'anglais.

Il s'adonnait beaucoup à la lecture.

Le 27 janvier 1930.

Le certificat de sortie mentionne : « A présenté un syndrome catatonique, avec cenestopathie, idées hypocondriaques, quelques interprétations, mauvais état général. Régression de tous les symptômes, en quelques semaines. Malade actuellement calme, conscient de son affection, en bon état physique. La sortie peut être accordée au père qui la demande (Docteur Meignant) ».

Le 3 février.

Le malade est revu avant son départ. Dans le service, il s'occupe peu ; il lit un peu les journaux, est au courant des événements récents, d'une manière très vague. Ne sait qui est président du Conseil, croit que c'est Briand. Mais, il ne s'intéresse pas à la politique, dit-il.

Le calcul mental est assez mauvais ; il est obligé de chercher ; réponses parfois inexactes :

D. — 7 multiplié par 8 ?

R. — 56.

D. — 6 par 9 ?

R. — 54.

D. — 9 par 9.

R. — 49, non 81.

Les petits problèmes sont résolus lentement. Il s'excuse.

« Je n'ai pas calculé depuis longtemps, depuis ma maladie, quand je reprendrai la vie courante tout cela me reviendra vite. »

Il se plaint d'avoir un peu mal à la tête, d'avoir comme un cercle autour du front ; cela d'ailleurs dépend des jours. Il mange assez bien, quoiqu'il se force, car la nourriture de l'Asile ne lui convient pas beaucoup. Il dit dormir mal.

Plus aucune tendance à la conservation des attitudes. Aucun signe neurologique spécial.

L'aspect est floride, il marche normalement depuis trois semaines. Il a commencé par aller jusqu'à la porte de sa chambre en se tenant aux murs et au lit, puis à se promener dans les couloirs, toujours en se tenant aux cloisons. Enfin, il a pu faire quelques pas, soutenu par les bras, puis seul.

Pendant toute cette période, il a continué à manifester quelques idées hypocondriaques : Il était très faible, très fatigué ; il ne pouvait marcher qu'en faisant des efforts considérables. Il se sentait « malade du tube digestif » ; très constipé, ou au contraire présentant des selles diarrhéiques (le malade a présenté effectivement une série de troubles intestinaux : spasmes, coliques, ballonnement abdominal intense qui firent penser, à un moment donné, à une péri-tonite tuberculeuse).

Il ne dit plus que ses intestins sont amaîncis, qu'il a perdu une partie de sa vessie ; mais il continue à dire que : « c'était *comme si*, mes intestins étaient amaîncis ; *comme si*, ma vessie était en partie disparue. »

Le 5 février.

L'amélioration physique et psychique s'est régulièrement poursuivie et le malade se présente actuellement de la façon suivante :

Il entre, en marchant rapidement, le sourire aux lèvres.

D. — Comment vous sentez-vous ?

R. — Beaucoup mieux maintenant, mais je ne suis pas tout à fait remis, car je suis encore un peu faible, un peu fatigué, mais je suis en pleine convalescence. A certains jours, ça va mieux qu'à d'autres ; mais enfin, ça va en s'améliorant.

D. — Vous souvenez-vous de l'état dans lequel vous êtes entré ici ?

R. — Oui, vaguement, c'est comme dans une brume. Cependant je me vois encore très maigre, plutôt, j'en ai la notion.

D. — Que ressentiez-vous ?

R. — Je ne peux pas exprimer cette impression, c'est très pénible à expliquer. J'étais plutôt *comme une chose que comme un être vivant*. Je ne pouvais penser qu'avec effort, et sous *l'influence du regard de quelqu'un*. Je ne pouvais pas réfléchir ; *pour moi*, il y avait à ce moment une *différence* entre penser et réfléchir. *Penser on peut penser à toutes sortes de choses extérieures à soi, et réfléchir cela revient un peu sur soi.*

Je restais des journées entières *comme dans le vide*. Je ne peux pas m'exprimer mieux, car c'était une impression impossible à définir. Je sentais que j'étais *détaché de tout ce qui est vivant*. Quand je disais que j'étais un mort-vivant ; je voulais dire que j'étais un vivant qui ne sentait plus rien. Je n'avais plus aucune force morale pour être dans la vie. Lorsqu'on m'approchait pour m'interroger ; j'étais comme arrêté dans ma pensée, par la pensée de celui qui m'interrogeait. Je ressentais nettement une influence, c'était comme un *arrêt vital complet*.

Le jeune H... fait visiblement effort pour exprimer les sensations pénibles qu'il ressentait au moment de son entrée dans le service. Il dit à plusieurs reprises :

« Excusez-moi, je ne peux pas m'exprimer mieux, c'est impossible à exprimer.

Cela me faisait l'impression d'une dégénérescence. Depuis que j'ai quitté la vie normale, j'ai beaucoup de difficultés à trouver les termes et les mots exacts. Toute cette période de ma vie m'apparaît comme un rêve, comme dans une brume.

Je ne pouvais pas parler à certains moments ; c'était comme une influence qui m'empêchait de parler et de bouger. J'étais comme un morceau de bois, mais j'étais parfaitement conscient, et j'ai l'impression que mon intelligence luisait dans mes yeux absolument intacte.

Les derniers temps — il y a deux mois et demi environ — cela a été comme un déchirement de moi-même ; j'étais comme détaché de tout ce qui m'entourait, détaché de la vie.

Maintenant tout cela m'apparaît comme une vie très antérieure, comme une autre vie. »

D. — Vous souvenez-vous du début de votre maladie ?

R. — Non, je ne sais pas comment cela a commencé. J'ai retenu seulement le mois. C'est au mois d'avril. Ce n'est pas réellement un souvenir, c'est une notion.

D. — Vous souvenez-vous de l'époque qui a précédé immédiatement votre maladie ?

R. — Non, je ne me souviens pas du tout. Là, c'est plus qu'une brume ; c'est presque comme si ça n'existait pas. J'ai l'impression qu'un rabbin miraculeux est venu chez moi. Mais ce doit être lorsque j'étais déjà malade. Je ne sais pas exactement ce qu'il a fait. J'ai oublié de vous dire tout à l'heure que pendant ma maladie, je voyais j'entendais, je comprenais tout ce qui se passait autour de moi ; sans y attacher une grande importance.

D. — A partir de quel moment, vous souvenez-vous de votre vie antérieurement à votre maladie ?

R. — Tous mes souvenirs sont vagues et imprécis. Cela fait un peu comme un brouillard, il y a un an ou deux avant ma maladie. A cette époque, j'étais, *il me semble*, chez mes parents ; il me semble aussi que j'étais chez un fourreur.

Auparavant, j'avais été en Angleterre ; je crois que c'était avant, je n'en suis pas sûr. J'y ai passé deux mois pour apprendre l'anglais. Je ne vois pas nettement tous ces faits.

Il *croit* qu'après avoir passé son certificat d'études vers 14 ans ; il est entré dans la maison de son père pour y apprendre le métier de fourreur ; mais cela ne lui convenait pas ; il s'intéressait davantage aux choses de l'esprit.

A l'école, il aurait été un très bon élève : 4^e de sa classe ; il était très doux ; son directeur l'appelait « l'agneau ». A la suite de son appendicite il dut s'absenter de longs mois de l'école ; ce qui expliquerait un peu son retard à passer son certificat.

Après avoir passé deux ou trois ans, il ne sait plus exactement, dans la maison de son père ; il entre chez un couliissier, et réussit bien dans son nouveau métier. On aurait été très content de lui. Il

allait à la Bourse, recevait des télégrammes chiffrés, portait des ordres, etc.... Mais un accident d'auto, le rend indisponible pendant quatre mois ; ne retrouvant plus sa place, il retourne chez son père, après son séjour à Londres :

« Je n'avais pas beaucoup de goût pour le métier de fourreur, c'est malsain. »

Il occupait ses loisirs à *s'intéresser aux philosophes*, c'était sa passion.

Il a lu beaucoup, mais ne se souvient pas actuellement du nom des auteurs. Il sortait peu, n'avait que peu d'amis, allait quelques fois au théâtre, au cinéma.

Il s'entendait bien avec ses frères, quelques discussions banales.

Au point de vue sexuel : une ou deux tentatives dans une « maison », cela l'a dégoûté de lui, l'a « écoeuré ».

Avant sa maladie, aucun heurt affectif, aucun souci, aucune contrariété.

« J'étais ajoute-t-il, un *idéaliste*. »

D. — Quels sont vos projets ?

R. — Retourner à la vie normale, à la vie libre ; je me lierai avec des amis, je rentrerai dans ma famille avec bonheur.

J'espère travailler, dès que je serai complètement rétabli. Je ne sais pas exactement ce que je vais faire ; je crois qu'on me demande à Londres. Ici, je m'ennuie.

Revenant à un épisode de sa maladie, il ajoute :

« Il y a deux phases dans ma maladie, avant le 14 juillet, j'étais comme paralysé ; mais je sentais la vie en moi. Je souffrais physiquement, mais la souffrance n'était pas comparable au plaisir que j'avais de vivre.

Le 14 juillet : une autre phase ; je me suis senti très amélioré.

Au mois de septembre, mes parents ont fait venir une espèce de sorcière, de magicienne, qui m'a mis un coq rouge sur la tête et fait brûler une sorte de pierre devant moi. Il me semble que c'est depuis ce temps-là que j'ai jeûné et que j'allais beaucoup plus mal. »

Le malade, complètement rétabli, rentre chez lui ; il s'occupe, travaille un peu ; mais présente toujours des tendances mystiques (beaucoup de prières).

Il va à la campagne le 11 mai 1930.

Ses allures un peu bizarres sans doute, ayant attiré un jour l'attention des gendarmes, ceux-ci lui demandent ses papiers ; le jeune homme s'affole, il est arrêté.

Depuis ce moment, mutisme complet.

Le 22 mai.

Il est admis à nouveau à Sainte-Anne avec ce certificat : « est atteint de stupeur catatonique, avec mutisme absolu ; immobilité totale cataleptique, négativisme, état saburral des voies digestives. Un accès catatonique antérieur... » (Docteur Baruk).

Le 23 mai, le certificat immédiat indique : « ... troubles psychomoteurs prédominants, immobilité relative, mutisme, absence quasi-absolue de mouvements spontanés. Variabilité des troubles en général, conservation des attitudes, plasticité et négativisme ; par moments aspect d'hypotonie et de relâchement, battements incessants des paupières. Sourires. Etat saburral des voies digestives. Pâleur, ecchymose sous-orbitaire gauche: A observer. » (Docteur Meignant).

Ce même jour le malade est examiné :

On imprime aux membres toutes sortes de positions, sans éprouver aucune résistance. Pas de maintien des attitudes, sauf par moments ; négativisme aussi de temps en temps. La marche est impossible, il faut soutenir le malade par les aisselles pour le conduire. Il se laisse entraîner et ramener à son lit, sans opposer de résistance. Pas de signes neurologiques particuliers.

Le 30 mai.

Le malade est agité, il menace par des gestes, les poings tendus, un voisin de lit. Il se défend contre les infirmiers intervenus. Nécessité de le camisolier. Refus d'aliments.

Le 31 mai.

Le malade est décamisolé, il est beaucoup plus calme. Il a mangé. Mêmes attitudes que précédemment. Immobilité, clignements des paupières, mutisme, plasticité, maintien des attitudes et négativisme par intervalles.

Le 5 juin.

Certificat de quinzaine : « syndrome de stupeur catatonique, avec

mutisme alternant avec un état d'instabilité anxieuse ; hallucinations probables. Paroles inhibées, battement continu des paupières. Par instants, aspect nettement hystérique. A maintenir. » (Docteur Meignant).

Her... : « Il s'est passé des choses extraordinaires ; je ne vois pas la nécessité... »

D. — Vous rappelez-vous m'avoir vu l'autre jour ?

R. — Oui, maintenant, cela va aller (se lève spontanément, est embarrassé). Je ne pourrai pas vous expliquer... Je ne sais pas... Je suis très croyant.... Je m'étais mis à prier sur la route. Il m'est venu à ce moment l'idée que je devais être le Messie. Ce n'était pas du catatonisme que j'avais ; c'étaient des choses très profondes... Je devais rendre le bon, meilleur... (Embarras grandissant, confusion).

D. — Pourquoi étiez-vous ainsi affolé ?

R. — Ce sont des choses que je ne peux pas expliquer, mais ce sont des choses véridiques. Il s'est passé des choses extraordinaires ; j'espère que maintenant, *cela ira mieux dans le monde.*

D. — Pourquoi votre intervention ?

R. — Je pense, oui, enfin... c'est difficile à expliquer.

D. — Avez-vous travaillé depuis votre sortie ?

R. — Non, pas grand chose.

D. — Avez-vous eu cette fois l'impression que vous étiez mort ?

R. — Non, j'ai eu des impressions diverses, elles sont précises.

Le 17 juin 1930.

Certificat de sortie : « ...présente des troubles mentaux polymorphes. Catatonie, cenestopathie, influences, manifestations d'aspect hystérique. Evolution par poussées, suivies de rémissions remarquables. Actuellement nouvelle rémission qui semble faire des progrès rapides ; le malade, conformément au désir de son père peut être remis en liberté. Il restera d'ailleurs provisoirement hospitalisé au service ouvert du Professeur Claude » (Docteur Meignant).

Le 8 février 1931, nous avons revu le malade. Il se porte relativement bien, se plaint toujours d'avoir des douleurs dans le ventre.

Le père a communiqué, ce jour-là, la note suivante à M. Baruk qui nous l'a remise.

« Il a de bons moments dans la journée, mais aussi des moments bizarres. Depuis seulement une dizaine de jours, il travaille dans la fourrure, chez un bon ami, pour lui faire passer son temps. Sa production est nulle, mais pour l'encourager, je passe à mon ami de l'argent, pour lui payer un salaire de 15 francs par jour. Néanmoins il est peu courageux.

Il se couche très, très tard, et se lève avec difficulté. Donc, il ne fait pas des journées complètes.

Il s'adonne beaucoup à la lecture des romans d'aventures et, il m'est impossible de le lui défendre, car il fait ce qu'il veut.

Il mange très peu et refuse bouillons, potages, pâtes et bien d'autres aliments assez nutritifs.

Quoiqu'il aille un peu à la selle, il prétend être constipé, et ne cesse de prendre laxatifs, purgatifs et même lavements.

Il se plaint fréquemment de maux de tête et de maux d'estomac et attribue tous ses malaises à la mauvaise digestion, et au mauvais fonctionnement des organes.

Il est moins pensif qu'avant, mais il aime peu la société.

Il dit souvent : « Ah ! je vais mourir, car je souffre. Si je me portais bien, j'aurais travaillé et gagné beaucoup d'argent ». « Je ne suis pas heureux, je suis malade ». Il se regarde souvent dans la glace et s'apitoie sur sa mauvaise mine. « Ah ! quelle mauvaise mine que j'ai ; n'est-ce pas que je suis malade ? »

Il aime un peu le spectacle, mais s'il y va, il est abruti en rentrant à la maison et fait des excentricités.

Aussitôt levé ce matin, il a repris sa lecture, et il n'y avait pas moyen de l'en arracher, pour prendre un verre de cacao, ni pour partir, c'est après un effort que j'ai réussi à vous l'amener. »

Cette observation présente les particularités suivantes :

1. Le début de deux des accès au moins, à la suite d'un choc émotif.

2. Le deuxième accès a débuté par une phase dépres-

sive atypique rappelant la mélancolia attonita, puis a évolué vers un état catatonique complet, se distinguant toutefois par: l'alternative d'une rigidité et d'un négativisme extrêmes avec une hypotonie absolue, et par l'existence d'une monoplégie brachiale transitoire à type pithiatique (1).

Par des réactions émotives très vives, réactions qui ne sont pas rares dans l'hebephreno-catatonie (2).

Enfin, par une série de troubles somatiques particuliers : asthénie excessivement intense, aspect cachectique, troubles vasculaires et surtout troubles intestinaux avec spasmes, coliques et ballonnement abdominal intense, qui, à un moment donné, firent soupçonner l'existence d'une péritonite tuberculeuse, et qui disparurent totalement et rapidement en même temps que l'accès.

Ces derniers faits, sont à rapprocher des recherches de Henry, qui par des examens radiologiques répétés, a observé chez les catatoniques des spasmes toniques de l'intestin.

Enfin, il faut noter chez ce malade, l'intensité pendant ce deuxième accès des troubles cenesthésiques : sensation de mort notamment (*mort-vivant*) ; troubles qui sont fréquents, et qui sont exposés dans les mêmes termes par beaucoup de catatoniques et de déments précoces.

(1) M. Baruk a observé dans un cas d'hébéphréno-catatonie indubitable à évolution prolongée durant plusieurs années, et avec des signes de démence précoce confirmée, une paraplegie transitoire provoquée par suggestion et guérie immédiatement par contre-suggestion.

(2) Les réactions émotives de ce malade ont été étudiées par M. Baruk et M^{me} Jankowska : les réactions émotives dans l'hébéphréno-catatonie (A paraître : *Encéphale* 1931).

Quant au troisième accès, il est survenu à l'occasion d'une émotion, mais toutefois le malade que nous avons pu revoir, n'est pas totalement guéri.

OBSERVATION IV

Résumé. — Catatonie intermittente, avec crises de catalepsie rap- pelant à première vue le sommeil (1).

Il s'agit d'un malade de 35 ans qui est entré dans notre service le 19 mars 1924, à la suite du certificat du Docteur Dupouy : « Etat catatonique, immobilité absolue, conservation parfaite des attitudes provoquées, mutisme à peu près complet. A seulement déclaré, être cambrioleur, né à Beaugency (Loiret), a émis les mots de gendarmes et de Deibler. Mobilité du visage reflétant parfois une orientation intellectuelle pénible, et à d'autres moments un état satisfait, souriant et presque ironique. Alimentation tantôt spontanée, tantôt à la cuiller ; bave ; gâtisme intermittent ; masturbation, considéré, comme simulateur, en 1921. »

Durant son séjour dans le service, c'est-à-dire depuis mars 1924 jusqu'au 8 octobre 1924, le malade, a présenté à de nombreuses reprises des alternatives de périodes ou de crises catatoniques avec apparence de sommeil et de périodes intercalaires, dans lesquelles l'activité, restait à peu près normale. Nous extrayons de la longue observation prise pendant son séjour à l'asile, les passages suivants et correspondants à ces deux périodes différentes :

Les notes prises au cours du mois de mars et du début d'avril, insistent sur l'immobilité complète, le négativisme, le mutisme, la conservation des attitudes.

Le 7 avril 1924. — Une heure et demie après injection d'adrenaline, le malade se réveille de sa torpeur, tend la main à l'infirmier et lui parle normalement, se souvient d'avoir été malade, et se juge guéri. Il désire sortir et travailler. La mimique est active et l'expres-

(1) Observation publiée par MM. Claude et Baruk dans l'*Encéphale*, n° 5, mai 1928.

sion vive. Il reste ainsi, toute l'après-midi. Le lendemain, il est de nouveau catatonique.

Le 10 avril 1924. — Le malade parle facilement, n'a plus de catatonie ne garde plus qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé. Il se promène dans le couloir ; avec une certaine volubilité, il déclare qu'il a pris une « cuite formidable » et qu'il a été malade.

Le 11 avril. — Le malade est couché, les yeux fermés et immobile, avec du mutisme et de la persévération des attitudes.

Le 26 avril. — Matinée lucide ; réponses correctes ; parle des périodes catatoniques et dit : « Il y a alors quelque chose qui me serre, qui m'empêche. Je voudrais bien parler, remuer, mais je ne peux pas. »

Le 28 avril. — Quelques instants après le déjeuner, s'est assis sur son lit, bien éveillé et de très bonne humeur. Après avoir demandé si on lui permet de fumer une cigarette, il déclara qu'il regrettait beaucoup de n'avoir pas pu se réveiller au moment de la visite. Car il avait l'intention de demander au médecin, la permission de se lever, (il prétend avoir vu passer la visite et entendu ce qu'on disait à son sujet).

Le 1^{er} mai. — Est présent, parle correctement, mais avec une certaine excitation. Plutôt jovial, s'est levé, habillé, veut s'occuper, aider au balayage. « J'étais endormi, dit-il, c'était malgré moi, j'aurai voulu parler, je ne pouvais pas, mais maintenant je ne veux pas me rendormir. »

Le 2 mai. — Depuis hier soir, est redevenu catatonique ; il reste ensuite recroquevillé dans son lit, avec une opposition aux mouvements : trémulation constante des paupières pendant qu'on l'examine.

Le 17 mai. — Conservation des attitudes ; sourit naïvement, ne donne aucune réponse ; se laisse pousser ; marche ; mange automatiquement. Les infirmiers disent que parfois pendant plusieurs heures, il sort de cet état catatonique et devient exigeant, réclame à manger, déclare vouloir s'en aller, est insolent. Trémulation constante des paupières. Aujourd'hui n'obéit pas aux ordres. Si on le

pousse pour le faire lever de sa chaise, il se relève tout doucement, et reste à demi assis, enfin se redresse tout à fait. Gâtisme.

Ensuite nombreuses périodes de « sommeil » et de « réveil ».

Le 10 juillet. — Période de « sommeil » depuis quatre jours, s'est levé au cours de son sommeil pour prendre du pain à son voisin. Ne prend pas les aliments quand on les laisse à côté de lui.

Le 27 juillet. — *Toujours dans le « sommeil ».* Aspect un peu différent. Quand on s'approche de lui, souvent il se retourne ou se cache davantage sous les couvertures. Quand on lui parle, il ne répond pas, mais a souvent des petits mouvements péri-buccaux, et parfois se met à rire, en rougissant un peu. Reste le plus souvent, immobile dans son lit. S'alimente très bien ; docile. De plus, souvent quand il croit qu'on ne le voit pas, il subtilise le pain d'un voisin. Pas de conservation des attitudes. Apparence de mutisme volontaire.

Le 4 septembre. — Est bien réveillé.

Le 17 septembre. — Donne le récit du début de sa maladie, avait fait, dit-il, un voyage à Paris, pour se désennuyer ; avait fait des excès de boissons, passé la soirée à Médrano, etc., puis il s'est endormi au bord d'un métro. *Il a le vague souvenir* d'être resté, 15 jours à trois semaines dans un hôpital. Il ne pouvait parler « c'était l'effet de la boisson » dit-il. Il y avait des sœurs et des médecins. Il ne sait pas le nom de l'hôpital. Puis il est venu à Sainte-Anne, d'abord dans le service à côté (exact) puis à la Clinique. Il se rappelle qu'on lui faisait tenir le bras levé. Il rit et dit « oui, je restais comme ça, je ne sais pas pourquoi, je dormais ». La catatonie a complètement disparu. Il dit, en parlant des périodes catatoniques et de la conservation des attitudes, que « c'était plus fort que moi, c'est une maladie qui me forçait à ça. Ça ne me fatiguait pas du tout, je ne pourrais pas le refaire maintenant ». Il dit également en parlant de la période de juillet : « c'était l'ennui qui m'empêchait de parler » et il reconnaît qu'à ce moment s'il avait voulu, il aurait pu parler.

Il sort de Sainte-Anne le 8 octobre 1924 ; mais le 27 octobre, il est trouvé errant près de Vierzon et amené à l'asile de Bourges, où le Docteur Vernet a pu le suivre et nous a communiqué les résultats

de son observation. « Le 28 au matin, nous dit le Docteur Vernet, le malade présentait un syndrome catatonique assez particulier : couché en chien de fusil, yeux clos avec trémulation incessante des paupières, faciès souriant, flexibilité cireuse des membres, insensible à toutes les excitations extérieures, salivation abondante ; mutisme complet. Couché, il n'obéit à aucun ordre ; debout, il marche dans des attitudes invraisemblables et obéit à tous les commandements (halte, demi-tour, etc.) Cet état, se maintient sans modification toute la journée du 28 et du 29 ; il ne mange pas, gâte au lit.

Le 29, à la contre-visite du soir (17 heures), dès que l'interne s'approche de son lit.

D... se dresse sur son séant et déclare spontanément : « Me voilà réveillé ; il y a deux jours que je dormais, je sentais, quand on me touchait, mais je ne pouvais pas, ou plutôt, je ne voulais pas répondre, je suis guéri, et j'espère que ça ne reviendra pas. » Il se montre bien orienté dans le temps et dans les lieux, et répète ce qu'il avait déclaré au moment de son entrée, sur ses antécédents et sur le début de sa maladie actuelle.

A dater de ce moment, D... n'a plus présenté aucun phénomène pathologique ; le 4 novembre, il a été autorisé à se lever, à jouer aux cartes avec ses camarades, et s'est conduit très normalement.

Le malade a pu quitter l'asile dans un état normal. Il avait repris son travail, nous l'avons ensuite perdu de vue.

A la suite de cette observation, MM. Claude et Baruk ajoutent :

« Une telle observation montre très nettement les caractères de la crise de catalepsie catatonique ; sa fausse apparence de sommeil, l'existence concomitante transitoire de négativisme, de conservation des attitudes, enfin les modifications simultanées de l'état mental, avec l'inhibition du psychisme volontaire, se traduisant par une impression subjective d'« endormissement », avec conservation relative cependant de la conscience. En outre,

on ne saurait trop insister sur le caractère intermittent, paroxystique de ces manifestations et sur les nombreuses rémissions intercalaires qui avaient fait discuter le diagnostic de simulation. »

CHAPITRE II

La Catatonie intermittente avec rémissions psychiques prolongées et totales

Nous rapportons maintenant des observations où la catatonie survient par crises périodiques, parfois même assez courtes, entrecoupées de périodes où le malade est absolument normal. Périodes qui peuvent durer parfois de très longues années.

En pareil cas, la catatonie présente bien le même caractère évolutif que les diverses manifestations périodiques, mais *ne peut vraiment plus être rangée dans le cadre de la démence précoce.*

OBSERVATION V

Ros..., Edmond.

Résumé. — Catatonie intermittente à 7 ans d'intervalle. Guérison sans séquelle.

Le 22 août 1928. — Ros... vient de Tenon avec le certificat suivant de M. Brûlé :

« ... hospitalisé dans mon service depuis le 18 juillet 1928 présente des troubles caractérisés par du négativisme, de la catatonie, entrecoupée de bouffées délirantes, faisant penser à une démente précoce... »

Le 2 septembre. — Certificat immédiat : « Syndrome catatonique avec apathie, inertie, passivité, conservation des attitudes ; immobilité de la mimique, aprisexie. A observer » (Docteur Baruk).

Histoire du malade (renseignements donnés par le père et un cousin).

Naissance à terme, accouchement normal.

A un an : convulsions qui se sont prolongées jusqu'à l'âge de 3 ans ; à intervalles variables : parfois plusieurs fois par jour, d'autres fois tous les huit jours, tous les mois.

Premiers pas à deux ans et demi.

Premiers mots vers 18 mois.

Rien à signaler durant l'enfance, sinon une rougeole.

A fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 13 ans ; apprenait un peu difficilement (dit le cousin) assez bien (dit le père). Il n'a pas passé son certificat d'études. Il jouait comme les autres enfants.

A 14 ans, il aurait fait des accidents catatoniques très marqués qui auraient été étiquetés : encéphalite. Il a été soigné alors à Trousseau par M. Netter.

(On ignore, si à ce moment une ponction lombaire fut pratiquée).

Il serait devenu d'abord triste, il pleurait, puis paraissait dormir : « il dormait les yeux ouverts, sur son lit, il paraissait hébété » dit le cousin « à vrai dire, il ne dormait pas comme un dormeur ordinaire ; il était dans le néant. *On ne pouvait pas le sortir de là.* On aurait dit qu'il avait une idée fixe, qu'il avait des visions ; ses traits travaillaient ; il avait l'air de chercher toujours quelque chose. Il était tout à fait comme il est maintenant ».

Il s'endormait en mangeant, refusait d'ailleurs les aliments ; on était obligé de l'alimenter au moyen de lavements.

Catatonie impressionnante à ce moment-là ; maigreur extraordinaire. Il pesait 18 kilogrammes.

Il s'accusait de fautes. « Je ne suis pas raisonnable », disait-il, il

serrait les dents, gardait les positions d'une façon impressionnante. Suggestibilité.

On lui dit un jour à propos de la visite de Millerand dans le service, que le Président allait l'absoudre de ses fautes. On lui fit serrer la main de Millerand.

A partir de ce jour-là : *changement remarquable* : il sort, se lève, va et vient, joue avec ses camarades, se met à manger.

A sa sortie de Trousseau, où il passa trois mois ; il travailla dans une maison de fourrures pendant trois mois ; puis comme mécanicien-électricien pendant trois mois ; dans une fabrique de bicyclettes, quatre mois ; dans les bougies d'auto, six mois ; dans les papiers peints, comme circuleur, cinq mois ; enfin comme confiseur, jusqu'à son service militaire.

Dans la maison de confiserie il avait surtout à porter des sacs. Il s'acquittait régulièrement et bien de son travail ; mais paraissait toujours sombre, et parlait peu.

Rien ne l'intéressait ; il ne sortait pas ; avait l'air absent, distrait.

Il part au régiment en 1926, est envoyé au Maroc. Infirmier dans les hôpitaux, il s'acquittait assez mal de son travail et fut puni à plusieurs reprises surtout pour négligences. Quand on lui donnait un malade à surveiller, il restait là, inerte, lisant un peu le journal, ne s'occupant de rien.

Etant très discipliné, il acheva son service sans difficultés.

De retour du régiment en février 1928, il recommence à travailler dans la quincaillerie, dans diverses maisons de commerce. Il est renvoyé d'une de celles-ci pour avoir expédié un colis à une destination erronée.

Vers le début de juillet dernier ; il devient de plus en plus sombre, ne causant plus, ne voulant plus sortir. Il passait son temps à lire sans arrêt à la maison, sans bouger, il ne s'habillait pas. On remarque aussi qu'il était inerte. Il cesse tout travail.

« Il ne pensait pas à ce qu'il faisait. »

Un jour, tout à coup, il va aux cabinets, se met à interpeller le seau hygiénique : « Tu pues, dit-il, tu sens mauvais... ». Puis il cherche ses bretelles, les interpellant : « Ah ! vous n'êtes pas là non plus. »

Il fait de grands gestes, ce met en colère. L'ensemble était plutôt comique, et ses sœurs croyaient qu'il faisait tout cela, pour les faire rire.

Tout d'un coup, il fait mine de se jeter par la fenêtre. On put, heureusement, l'en empêcher à temps. Le soir, il était très excité ; on le conduisit alors à Tenon.

L'observation prise à son entrée à Tenon le 17 juillet 1928 mentionne :

« ...entre pour maux de tête apparus depuis lundi ...difficile à interroger, répond confusément, est plongé dans un tупhos assez considérable.

« Il semble que le début de la maladie ait été brusque... frissons, vomissements.... Il dit également avoir eu mal à la gorge... Pas de signes méningés.... Langue saburrale, lèvres fuligineuses ; pas d'herpès, le malade ne peut pas préciser s'il a eu de l'enchifrénement... Pas de signes de typhoïde... Vie génitale : une blennorragie guérie. »

Le L. C.-R. examiné le 19 juillet donne les indications suivantes :
2,5 éléments par mmc. Culot : lymphocytes. Albumine 0,10,
Wassermann : négatif. Benjoin : 00000,22210,00000

Antécédents héréditaires :

La mère est morte cardiaque il y a deux ans.

Le père est très nerveux, bizarre.

Une tante, Henriette Ros..., est internée à Pierrefeu ; troubles mentaux post-puerpéraux. Ils durent depuis deux ans.

Une cousine présente des troubles mentaux transitoires, est soignée à Sainte-Anne.

Examen à l'entrée :

Syndrome catatonique typique.

Facies : tantôt immobilité totale, regard vague, perdu ; tantôt expression figée : sourcils froncés, le malade semble regarder au loin avec attention ; contractions incessantes du visage, donnant des expressions des plus variées.

Pas de raideur musculaire.

Passivité : exécute tous les ordres au commandement.

Catalepsie aux membres supérieurs et inférieurs. On le pousse, il

avance d'un pas puis s'arrête. Il répond aux questions, mais juste aux questions, d'une façon cohérente cependant. Il dit qu'il vient de Tenon, qu'il a été atteint des fièvres ; mais sans plus de détails.

Bientôt apparaissent des gestes :

Réaction douloureuses ou émotionnelles.

Stéréotypies : mains croisées et décroisées.

Gestes complexes.

Il fronce les sourcils et semble regarder au loin, la main sur le front ; il passe ensuite les poings, l'un devant l'autre.

Le 11 septembre.

L'examen du positif L. C.-R. donne : 0,4 éléments au mmc.

Wassermann : négatif.

Pandy-Weichbrodt : positif faible.

Le 14 septembre.

Ce matin, le malade est immobile, le facies absolument inerte, inexpressif. Oreiller psychique.

Tout d'un coup, sorte de crise ayant l'aspect que voici :

Le malade se met à pousser, comme s'il faisait effort pour expulser quelque chose : le facies se congestionne, les veines se gonflent ; les muscles du cou, ceux du thorax se contractent au maximum, dans des efforts d'expiration ; le malade fait un bruit dans sa gorge, comme s'il voulait cracher. Pas de cyanose, simple rougeur de la face.

On a absolument l'impression d'un geste volontaire, comme si le malade voulait rejeter quelque chose de gênant.

Examen physique négatif.

Au bout de cinq minutes, tout cesse.

On conduit le malade au laboratoire du Docteur Tinel. On le fait attendre quelques instants dans le couloir. On le retrouve bientôt courbé à terre, accroupi, la face contre terre. On le fait lever, il se débat, se prend la tête entre les mains, gémit, fait des gestes dramatiques, hystériques.

On l'interroge : il se plaint de souffrir d'une dent qu'il montre (en effet, grosse molaire cariée, du côté droit du maxillaire inférieur).

Quelques instants après, nouvelle crise douloureuse, qui, dit-il, est secondaire à une poussée douloureuse au niveau de sa dent.

Le 15 septembre.

Le certificat de quinzaine mentionne : « Syndrome catatonique, à maintenir » (Docteur Baruk).

Le 10 octobre.

Ros... : « Monsieur le Docteur, je me sens bien maintenant, je suis changé. La santé, le moral, tout va bien.

D. — Pourquoi, faisais-tu ces gestes ?

R. — Depuis que j'ai été au Maroc. Ce sont les fièvres qui me font taire cela. C'est parce que je suis nerveux. C'était plus fort que moi ; je ne pouvais pas m'en empêcher. Ce sont les nerfs qui m'arrachaient. C'est par gestes saccadés assez forts. Je ne pensais pas. C'était tout qui marchait : les bras, les jambes.

Quand je n'étais pas bien, j'avais le cerveau échauffé, plusieurs idées venaient à la fois : le Maroc, mon travail me revenaient ; ce que je faisais quand je n'étais pas soldat ; tout à la fois. Je remuais, j'étais très agité. »

Il ajoute qu'il se sent tout transformé, depuis qu'on lui a fait la ponction lombaire. Aussitôt, celle-ci faite, il s'est senti revenir à son état normal ; pas de céphalée après. Car habituellement, il a assez souvent mal à la tête : c'est une céphalée occipitale qui le prend tout d'un coup et qui dure dix à quinze minutes.

Le 13 octobre.

Injection intra-veineuse de somnifène :

La tête n'est pas posée sur l'oreiller ; Ros... tient son visage entre ses mains : attitude du penseur.

A 10 h. 10, il sifflote (narcose incomplète) se met à rire, puis :

« Très fort en réalité, la langue allemande... force herculéenne (éclats de rire) ...C'est le plus fort... Le Docteur L... licencié.... Je pense à toi très fort. La France... un peu forte... force herculéenne... crisper.... (éclats de rire)La France un peu forte... un espoir... (mots allemands incompréhensibles) ...interprète... cœur très solide. très fort ...Ros... quarante premiers arrivés en mission à la gare... plus fort que mon père Ros ...mais 75 ; il y a 22 ans... très fort

docteur en médecine... nous sommes les plus forts... C'est la France qui remporte à l'Université... prix d'excellence... très fort... musée Dupuytren... 1830... préserver... peut à rien... maréchal-ferrant... lui est très fort... définition de mon frère... Les fils sont morts contre la guerre... Ros... remporte en tout et partout le prix d'Excellence... M. Millerand... le père paysan... la mère... très apprécié... fort... force herculéenne peu commune... très musclé... musée Dupuytren... très énergique... hôpital Beaujon qui remporte... Bernard Ros... M. Claude, cerveau très fort et résistant en tout et pour tout... Mlle Hélène Bier... c'est mon cousin... Ros... Le premier à passer, c'est un Ros...

Définition d'Edmond, qui, lui, peut traverser les 18 kilomètres... Ros... qui a passé en Allemagne, qui a été blessé sur le front... Celui qui relève... Bernard Ros..., le plus fort de tous et pour tout... son père, qui est très instruit a le prix d'excellence... a fait son service au Maroc... fièvres... peu passer partout... Très instruit, qui a deux petits neveux... M. Léon... peut faire la traversée... 1 m. 64 de hauteur à 22 ans... qui a perdu sa mère en 26 au mois de novembre... Le pays... c'est la France qui remporte...

A 10 h. 40. Catalepsie indéfinie aux membres supérieurs ; mais pas aux membres inférieurs.

A ce moment les réflexes de posture sont totalement abolis au biceps, à peine perceptibles aux jambiers antérieurs,

A 10 h. 50. Il recommence à parler. On retrouve les mêmes thèmes stéréotypes :

« Fort comme la mort... Prix d'excellence à M. Lucien Ros... en tout et pour tout, gymnase... vue perçante... C'est la France qui remporte en tout et pour tout... Le professeur d'Université biblique de Berlin, Ros... qui a été reconnu très fort en tout et pour tout...

« En deuxième, lui Bernard Bie... qui plus tard sera très fort... A 22 ans 1 m. 75 de hauteur...

« Opération, chirurgie... pour relever le plus fort, jusqu'à la France, le plus fort pays, la France. L'Amérique n'existe pas contre la France. »

La catalepsie est très diminuée aux membres supérieurs. R... ne

maintient guère la position imposée, plus d'une minute et demie. Bâillements, soupirs.

A 11 h. 5. Cesse à peu près complètement de parler. Semble être plus profondément endormi. Réflexes cernéens presque complètement abolis. Redevient très cataleptique aux membres supérieurs. Oscillations continuelles du tonus.

A 11 h. 15. Il recommence à parler : « Poitrine très forte, plus forte que le père... musculature excellente... 1 m. 75 à 22 ans... 13 novembre 1906... très énergique, plus fort que le père ».

Continuation d'un mouvement ébauché.

A noter en outre, au moment où la catalepsie est la plus marquée, une hypotonie manifeste dans les mouvements passifs de la main.

Aux membres inférieurs : réflexes très amples, sans être tout à fait pendulaires.

Le 23 novembre 1928, certificat de sortie :

« Interné pour un état catatonique, est actuellement en rémission et suffisamment amélioré ; calme, travaille dans le service. Peut être rendu à son père qui le réclame, et s'engage à lui donner les soins et la surveillance nécessaires. » (Docteur Meignant).

Le malade sort le 26 novembre, il est revu le :

3 décembre.

Il est actuellement amélioré, parle avec pleine conscience de la dernière période morbide ;

« J'étais agité ; les membres marchaient tout seuls ; je ne pouvais pas les maîtriser. Beaucoup d'idées qui se heurtaient ; jamais je n'avais eu *autant d'idées à la fois* ; des idées qui venaient toutes à la fois. J'en étais tout étourdi, comme dans une rue, où, il y a trop d'autos.

Des idées du régiment, comme dans un accès de fièvre palustre ; je me sentais malade quand même. Maintenant je me sens très bien. »

On l'interroge sur son existence passée.

Il veut actuellement travailler à son compte, comme représentant de tampons en cuivre, comme un oncle et un cousin, ou comme

marchand de légumes, comme son père. Il veut en tout cas travailler en plein air.

En juin 1929.

Il est revu. Excellent état.

Le 8 février 1931.

Toujours très bon état.

Les troubles étaient si accentués qu'on avait pensé à une démence précoce.

Actuellement on ne retrouve plus rien de pathologique.

Grâce à M. Clément (ancien interne à Trousseau), on a pu savoir que les accès très marqués qui avaient fait penser à une encéphalite léthargique, ont guéri brusquement à la suite de circonstance émotive (Visite du Président de la République).

Nous discuterons plus loin le diagnostic avec l'hystérie.

● OBSERVATION VI

M^{lle} Pas., 42 ans (1).

Résumé. — Quatre à cinq crises de catatonie périodique avec rémissions complètes.

Le 28 juillet 1927.

La malade entre à Sainte-Anne, à la suite d'un certificat du Docteur Tincl :

« ...déclare avoir examiné M^{lle} Pas... Je l'ai reconnue atteinte de démence précoce à forme hébéphréno-catatonique : mutisme, opposition, turbulence et impulsivité.

Cet état nécessite son placement... »

(1) Obs. inédite : Service du Professeur Claude.

Le 30 juillet.

Certificat immédiat : « Est atteinte de démence précoce, alternatives de stupeur et d'excitation catatoniques. A observer » (Docteur Montassut).

La malade était bien portante jusqu'au début de juin 1927. Employée des P.T.T. elle travaillait régulièrement ; habitait seule une chambre meublée.

Elle ne présentait rien d'anormal, se plaignant d'être un peu fatiguée.

Un jour, on ne la voit pas sortir. La concierge pénétre alors dans sa chambre, après une journée d'attente, et à sa grande stupéfaction, la trouve étendue sur le parquet, absolument immobile et raide. Impossibilité de la réveiller.

Elle est transportée à La Charité dans le service de M. Weill-Halle, où elle est vue par M^{lle} Vogt, interne du service.

M^{lle} Vogt est frappée dès l'examen, de l'aspect relativement présent de la malade, malgré son immobilité et son mutisme *absolus*. Et tous les examens neurologiques et somatiques étant négatifs, pense à un état psycho-névropathique et l'envoie à M. Baruk qui la fait entrer au service libre de la clinique à Sainte-Anne.

À son entrée, la malade présentait une immobilité de statue, le faciès immobile, normalement coloré avec de petits battements des paupières.

La respiration est normale, nullement suspireuse, et l'ensemble donnait l'impression d'une personne parfaitement présente.

Cependant on constatait un mutisme absolu et un négativisme généralisé et d'une intensité *formidable* :

Si on voulait seulement soulever les membres de la malade, on sentait se développer une résistance active, extrêmement intense. Quant on voulait l'asseoir, elle s'arc-boutait sur son lit de toutes ses forces.

Cependant, en déployant l'énergie suffisante, on pouvait la mettre debout, elle se tenait alors parfaitement en équilibre. Si on la poussait, elle avançait d'un pas, puis s'arrêtait ; si on la poussait en arrière, elle reculait d'un pas, et s'arrêtait. Le visage conservait un masque inexpressif, immobile, comme celui d'une statue.

Si on la poussait un peu plus longtemps, elle s'arc-boutait au sol, et on ne pouvait plus la faire avancer.

En outre, à certains moments, quand le négativisme était moins marqué, et qu'on pouvait la placer de diverses façons, elle conservait très longtemps les positions.

Les opinions étant partagées sur le diagnostic, et certains ayant émis l'hypothèse d'hystérie, la malade fut soumise par le Docteur Tinel à un « torpillage » *très intensif*, répété plusieurs jours et extrêmement prolongé. *Aucune modification* de l'état de la malade; pas plus que sous l'influence d'autres manœuvres suggestives.

Le certificat de situation du 9 août mentionnait : « Est atteinte de démence précoce. A maintenir. » (Docteur Montassut).

Un mois après l'entrée de la malade; spontanément, sans aucun traitement, les troubles commencèrent à s'atténuer: le négativisme disparut le premier; mais la malade restait inerte, sans initiative motrice, et dans un mutisme absolu, mais elle obéissait aux poussées extérieures, comme une machine. C'est ainsi qu'on la poussait au réfectoire, au jardin. Aussitôt qu'on ne la poussait plus, elle s'arrêtait.

Au bout de quelque temps, la parole revint, la malade se remit à parler, avec une extrême abondance, mais on constatait l'existence d'idées délirantes multiples assez peu cohérentes.

Interrogée sur ce qu'elle éprouvait durant sa période d'immobilité, elle put donner les détails les plus précis sur la date de son entrée à l'hôpital, et sur tout ce qui s'était passé pendant cette période : elle entendait tout, mais ne pouvait remuer, les explications étaient d'ailleurs entremêlées d'interprétations et d'idées délirantes très complexes.

Elle disait notamment qu'elle avait dû supporter des sacrifices pour la France, et se plaignait sans cesse du « torpillage » qu'elle considérait comme un martyre.

Elle parlait toujours de la prépondérance de l'esprit sur la matière, de la lutte du bien et du mal, de la science : « Votre science est hideuse, elle est la meilleure et la pire chose de la civilisation... c'est de la barbarie, la guerre de 14 en est la preuve. »

A propos de son silence, elle disait : « Ce silence était la con-

séquence d'un vœu. Il s'est présenté en 1917, parce que je me suis reproposee en holocauste à N.-D. des Victoires... J'ai retrouvé la parole en 1918, à la victoire, où sous l'inspiration de Saint-Martin j'ai chanté la Marseillaise sur l'air d'un cantique... Ce vœu actuel était une protestation, puis on agissait sur la matière en me faisant mettre ici.

« Les médecins actuels, ont beau faire de l'hypnose. Il y a l'élément du bien et du mal. Il y a la conscience professionnelle du médecin qui s'occupe de ses malades... »

« C'est acte de volonté, l'esprit domine la matière ; on a dit que j'étais *hystérique* parce que j'étais pure... »

Enfin elle accusait pendant sa période d'immobilité, un mentisme d'une *intensité extraordinaire*. Elle disait que des torrents d'idées défilaient dans sa tête : « le monde entier se déverse en moi ».

Et comme, on lui demandait si maintenant, qu'elle remuait, c'était la même chose, elle disait : « *Non, maintenant je peux choisir* ».

Ensuite, pendant plusieurs mois, la malade se comporta comme une paranoïde, jusqu'en décembre 1927. Elle disait : « Je sais ce que vaut l'Aiglonne de France, comme je suis née à Laigle et comme je l'ai écrit à Poincaré, j'ai donné des preuves que j'avais épousé tout ce qui était Napoléon. Je n'ai pas d'armes à la main ; mais je suis le souffle chaud ».

Le certificat de sortie du 7 octobre, mentionne : « est atteinte de psychose paranoïde, délire mégalomane, atténuation de l'excitation catatonique, peut être rendue à ses tantes, car elle paraît peu susceptible d'avoir des réactions dangereuses » (Docteur Montassut).

La malade sortit le 15 octobre, son état s'améliorant.

Elle fut revue en juillet 1930, elle avait été prise brusquement d'une crise. Revue ensuite par le Docteur Baruk, il la trouva dans le même état.

La malade a été perdue de vue depuis.

Dans les antécédents de la malade, on note que vers l'âge de

deux ans ; elle serait tombée dans le feu, et alors qu'elle parlait déjà, elle resta muette pendant quelques mois.

En 1917, elle eut une crise de mutisme pendant quelques jours, puis d'excitation avec délire mystique et mégalomane ; « Je suis Jeanne d'Arc ! Reine de France... » Cette phase d'excitation dura quelques jours également.

Après quelque temps, nouvelle phase de mutisme d'une durée de deux mois, puis une période d'excitation avec délire.

En 1919, la malade reprit son travail.

En 1925, nouvelle crise de mutisme qui dura 15 jours et qui fut suivie d'une période délirante de quelques semaines. La malade revint ensuite à un état subnormal.

La mère de la malade présente un délire d'influence, depuis la ménopause.

Le père serait violent, coléreux, et la malade dans son jeune âge aurait été « terrifiée » par lui.

Cette observation est remarquable par les points suivants :

La survenue paroxystique des crises catatoniques pouvant presque simuler, au premier abord un coma, mais s'en différenciant considérablement par l'apparence « volontaire » du syndrome.

L'évolution et les renseignements donnés par la malade sur son état subjectif pendant la période catatonique qui montrent durant cette période les phénomènes suivants :

1° La conservation partielle de la conscience permettant la fixation mnésique exacte, avec suspension totale de toute activité volontaire.

2° L'existence de manifestations automatiques psychiques incoercibles, avec mentisme, déroulement d'idées et

d'images et suspension de toute possibilité de sélection.

3° L'existence d'idées délirantes qui accompagnent chaque crise et qui disparaissent à leur suite; idées délirantes à thème particulièrement idéaliste et mystique.

Certains auteurs ne manquent pas de considérer dans ces cas, les troubles moteurs comme la simple conséquence des idées délirantes, mais ceci ne nous donne pas l'explication de la survenue périodique et brusque de ces idées délirantes.

On peut d'ailleurs se demander s'il n'y a pas plutôt apparition concomitante des troubles moteurs et de l'automatisme psychique avec son contenu touffu et peu cohérent à la suite de la même cause pathologique.

Les faits observés par MM. Baruk et Pauker (thèse de Pauker. Paris 1929) au cours de l'intoxication par le somnifène plaident dans ce sens.

CHAPITRE III

Les crises de Catatonie symptomatique

A côté des formes étudiées précédemment, il existe des poussées catatoniques transitoires, symptomatiques d'une atteinte dynamique cérébrale, telles qu'une intoxication, une toxi-infection, un traumatisme, un trouble endocrinien.

Ce sont des observations de ce genre que nous publions ici.

OBSERVATION VII (1)

Cac..., 26 ans.

Résumé. — Ethylisme suraigu. Stupeur, catatonie. Vagotonie. Automatisme psychique.

Le malade, buveur habituel (vin, bière) travaille comme manœuvre.

Le 24 mai 1929, ayant travaillé par une journée de vive chaleur, a bu plus que de coutume (plusieurs litres de bière et de vin blanc).

(1) Cette observation inédite est personnelle à M. Baruk,

Il a travaillé en plein soleil, sur la ligne de Sceaux ; il entre au café vers 4 heures, et là avec des camarades, absorbe plusieurs absinthes.

Depuis le matin, il éprouvait un fort mal de tête qui ne faisait qu'empirer.

Il rentre chez lui, s'assoit sur une chaise dans sa chambre.

Dans la soirée, sa femme rentrant chez elle, le trouve étendu, en apparence sans connaissance, sur le plancher.

A 20 h.. A l'examen : immobilité totale, yeux grands ouverts, fixes. Mimique absolument inexpressive, dépersonnalisée.

Coloration rouge du visage ; lèvres rouges absolument pas cyanosées.

Mâchoire inférieure légèrement tombante en arrière, la langue sort en protrusion entre les dents.

Résolution musculaire absolue. Membres flasques ; la tête complètement ballante dans tous les sens. Les membres retombent lourdement sur le lit, comme une masse, des deux côtés.

Aucun mouvement volontaire.

Pas de contraction du facial à la pression de la branche montante.

Réflexes rotuliens et achilléens conservés.

Aux yeux : pupilles légèrement dilatées ; réflexes cernéens conservés.

Quelques mouvements de succion. Quand on met quelques gouttes de liquide sur la langue, on remarque des mouvements réflexes de déglutition.

Aucun signe méningé. Aucune convulsion. Pas de morsure de la langue.

Pouls régulier, bien frappé à 85.

Le visage est vultueux.

La respiration est régulière (16 mouvements à la minute) mais nullement stertoreuse.

Réflexe oculo-cardiaque formidable. La pression du globe amène l'arrêt complet du pouls.

Sinapismes aux pieds. Lavement purgatif.

Quelques mouvements vagues des lèvres et de la langue.

Vers 23 h. Sort de sa torpeur peu à peu, se réveille.

Il se met à pleurer. Crises de larmes.

Le 25 mai à 9 heures.

Le malade est bien ; parle normalement, il dit ne pas se rappeler ce qui s'est passé depuis le moment où il s'est trouvé assis sur la chaise, jusqu'à son réveil. Il ne se rappelle pas ce qu'on a dit autour de lui. Cependant reconnaît mon visage : « Je me rappelle vaguement avoir vu votre visage auprès de moi, à un moment donné. »

« Depuis que je suis réveillé ; c'est bizarre, c'est comme si j'allais devenir fou. Je me surprend à parler tout seul. Je disais tout à l'heure : comment se fait-il que j'ai fait cela ; j'aurais dû faire attention. Je parlais de mes préoccupations sans m'en apercevoir. Tout d'un coup, je suis revenu à moi. De même j'étais le journal, sans y être ; je ne savais pas ce que je lisais. »

Cette observation a la valeur d'un véritable syndrome expérimental. L'intoxication éthylique suraiguë réalisant le tableau de la stupeur avec signes de la série catatonique et au decours de l'accès, une ébauche d'automatisme psychique précédant la guérison.

OBSERVATION VIII

Pat..., 45 ans (1).

Résumé. — Catatonie intermittente, associée à un état confusionnel éthylique chez un traumatisé du crâne.

Le malade entre le 15 décembre 1928 à Sainte-Anne présentant un état d'obnubilation et d'obtusion marqué. Affaiblissement intellectuel profond, troubles de la mémoire extrêmement marqués.

Aspect confus : il ne sait où il se trouve, ni la date, ni son âge, il fait effort pour le retrouver. Essais par approximation. Arrive avec difficultés à retrouver quelques souvenirs simplés. Panphobie, mimique caractéristique.

Indifférence relative à son état : « autant être ici qu'ailleurs ». Conscience partielle.

Il se rend compte qu'il est « un peu tapé ». Mais n'a pas d'inquiétude marquée de sa situation.

(1) Observation inédite : Service du Professeur Claude.

Il est incapable d'appliquer son intelligence à quoi que ce soit. Incapable de faire une opération d'arithmétique. La lecture est extrêmement lente et difficile, il ne peut résumer ce qu'il vient de lire. Il lit sans comprendre le sens des phrases.

Il semble qu'il s'agisse là, avant tout de troubles de l'attention volontaire et surtout de la fixation.

Les troubles mentaux remontent à un trauma de la région occipitale assez violent. Il semble qu'il y ait eu une très vive commotion ; sur laquelle d'ailleurs, il ne peut donner aucun détail.

Actuellement, le malade se plaint d'une céphalée vive, dans la région frontale, avec paroxysmes.

Sensation d'enserrement, de cercle autour du crâne.

Vomissements continuels, faciles. Pas de vertiges.

Troubles de la parole *extrêmement* marqués : anarthrie, articulation lente, difficile, hésitante, explosive. Bafouillement, bredouillement. Voix un peu nasonnée.

Aucun élément aphasique, pas de surdité verbale nette, pas d'apraxie.

Emotivité extrême : le moindre choc, le moindre bruit, le font sursauter, secousses brusques de tout le corps ; réactionnelles semble-t-il, rarement spontanées.

Une sensation psychologique de crainte, de peur accompagne la réaction. Pas de troubles vaso-moteurs concomitants, apparents.

La vue aurait baissé ; P... ne pourrait plus lire le journal.

Il semble qu'il y aurait des troubles assez particuliers.

Hallucinoze : Il voit des araignées, ne sait si vraiment elles existent, ou si elles sont une illusion. Il fait continuellement le mouvement de les chasser.

Pas de cécité verbale.

Il entend des tambours dans les oreilles.

Agitation nocturne : il se lève, s'agite, semble avoir de l'onirisme. Jovialité, quelques plaisanteries.

Tremblements des membres supérieurs et inférieurs de type émotif ; tremblement de la langue.

Instabilité des globes oculaires, tendance à plafonner.

Réflexes vifs, brusques.

Traces de trauma, dans la région pariéto-occipitale droite. Pas de perte de substance.

Le pouls est à 60.

Pas de diminution de la force musculaire.

Dans la flexion passive de l'avant-bras sur le bras, le malade, non seulement accomplit le mouvement, mais le précède. On provoque des mouvements automatiques pendulaires qui durent une bonne minute : mouvements rythmés de flexion de l'avant-bras sur le bras, frappant la poitrine. Ces mouvements ont duré plus d'une minute, à la cadence de 20 à la demi-minute ; très réguliers.

Dans les mouvements passifs de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, peut-être observe-t-on une certaine résistance.

Conservation très prolongée des attitudes aux membres supérieurs et inférieurs. On fait brusquement cesser la catalepsie en faisant un bruit (claquement des mains). Ressauts brusques au moindre bruit.

Une chaise tombe : réaction énorme du malade, fuite, pleurs. La simple ouverture de la porte provoque un petit ressaut ; presque un réflexe.

Aux membres inférieurs, mêmes mouvements automatiques rythmés.

Lorsqu'on cherche à relever le pied, on constate une résistance très accentuée, que l'on peut faire cesser, en commandant au malade de se relâcher.

Le malade met le pied en flexion dorsale, il le maintient comme au cours d'un fort réflexe de posture ; mais on voit se produire une décontraction brutale et totale.

Le pincement des teguments de la face dorsale du pied, provoque un mouvement de tout le membre inférieur, seulement du côté pincé, et une certaine contraction sans déplacement, du côté opposé, du type du réflexe hypnagogique.

Les réflexes hypnagogiques se produisent de la même façon aux membres supérieurs.

Toutefois, si on commande au malade de résister, celui-ci arrive

à empêcher le mouvement ; mais en déployant un effort visible.
On voit qu'il se contracte.

Flexion bilatérale du gros orteil.

Réflexes rotuliens et achilléens forts, égaux, vifs.

Réflexes cutanés abdominaux très faibles.

Pupilles égales, réagissant normalement à la lumière, *moins bien*
à la distance.

Instabilité des globes, sans nystagmus vrai.

Amélioration progressive ; disparition de la catalepsie et des
éléments de la série catatonique. Persistance de la céphalée, de la
fatigue et de l'émotivité.

Le syndrome catatonique n'était pas tout à fait complet, mais la catalepsie et les mouvements automatiques étaient très accentués.

On pouvait noter aussi des réactions émōtives très
vives : sursaut au bruit ; phénomènes qui sont loin d'être
rares dans la catatonie clinique, et sont très fréquents
dans la catatonie expérimentale par la bulbo-capnine.

OBSERVATION IX (1)

Pr..., 21 ans.

Résumé. — Chez un dément précoce, apparition à la suite d'une
injection de toxine typhique d'un ictère léger, mais net, et d'un
syndrome catatonique typique.

Pr..., Lucien, 21 ans, a été interné à la Clinique le 5 mai 1930, à
la suite d'une expertise de M. le Docteur Truelle dont voici les
conclusions : « ... est atteint d'aliénation mentale à forme de démen-

(1) Publiée dans l'*Encéphale*, n° 10, 1930, par MM. Claude Baruk
et Meignant...

et précoce dissociative (schizophrénie) avec troubles du jugement et de l'affectivité, ruminations mentales obsédantes, préoccupations hypocondriaques, automatisme psychique, suggestibilité pathologique... » Pr. avait été arrêté une nuit, dans les rues de Paris, alors qu'il se préparait avec un camarade, à cambrioler la caisse d'un restaurant d'un quartier du centre.

Le passé pathologique de Pr. était déjà chargé ; le plus jeune d'un groupe de trois enfants, dont les deux autres paraissent normaux, fils de paysans chez lesquels on ne connaît aucune maladie mentale, il ne semble jamais avoir été complètement normal. Elevé par une grand'mère, il semble avoir été passablement gâté. Vers quinze ou seize ans, il a présenté des troubles manifestes du caractère et des troubles intellectuels sur lesquels nous n'avons pu avoir que peu de précisions, mais qui ont nécessité un premier internement à l'asile de Rodez. Sorti amélioré (?), il a volé à sa grand'mère, en 1929, une quarantaine de mille francs, dont une partie en or qu'on n'a jamais pu retrouver. Avec l'argent volé, il est venu à Paris mener « la grande vie » ; toutes les tentatives pour le remettre dans le bon chemin avaient échoué, lorsque s'est produit l'incident qui a conduit à son arrestation et à l'internement. Dans le service, il se présente comme un dément précoce avec troubles prédominants du caractère et manifestations de la série hébéphrénique. On note ainsi le 1^{er} juin 1930 : « périodes d'agitation et de calme ; pendant les périodes d'agitation, cris, chants, propos incohérents, grandiloquence ; discours creux, redondances. Irritabilité verbale ; ne passe pas aux actes, aux réactions violentes, mais mime une colère violente. Discordance mimique ; sourires immotivés. Réticence absolue sur ce qu'il a fait de l'or volé à sa grand'mère ; réponses à côté ; élude les questions embarrassantes. Pas de signe neurologique. » Et le 10 juillet : « excitation continue ; propos inconsistants ; air entendu ; sourire niais en permanence ; réticence complète en ce qui concerne l'emploi fait de l'argent volé à sa grand'mère. Aucun thème délirant précis. Propos vagues, décousus, absurdes... »

Cette observation serait intéressante en elle-même par bien des points et pourrait notamment servir de document à une étude sur les « fausses simulations » dans les maladies mentales. Mais nous ne

voulons aborder ici qu'un point spécial. Jamais chez ce malade, avant le 22 août 1930, nous n'avons pu mettre en évidence le moindre signe de la série catatonique.

Or, le 22 août, poursuivant des recherches sur l'action des chocs au cours de la démence précoce, le Docteur Coste avait injecté à Pr., en même temps qu'à d'autres malades, de la protéine typhique (solution à 1 %), en injection sous-cutanée. Il s'est produit aussitôt un choc important, avec température entre 40° et 41°, pouls rapide et petit, faciès congestif, etc..., marquée sans rien d'inquiétant d'ailleurs au point de vue vital. Le fait intéressant est celui-ci : le lendemain de l'injection de protéine typhique, nous avons observé simultanément chez Pr. les phénomènes suivants :

a) un ictère, léger, mais net : coloration jaune du visage, du tronc et des membres, particulièrement aux conjonctives, sur les muqueuses de la bouche, au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, ictère associé d'ailleurs à un érythème du tronc et des membres ; urobilinurie et présence de sels biliaires, en faible quantité, dans les urines. Foie débordant très légèrement les fausses côtes, non douloureux. Aucune réaction splénique appréciable. Pas de vomissements ni de troubles manifestes des fonctions digestives. Très légère albuminurie.

b) un syndrome catatonique typique, d'autant plus frappant que le malade, les jours précédents, s'était présenté presque comme un hypomaniaque, caustique et agité. Du jour au lendemain, Pr. était devenu inerte, conservant les attitudes, demeurant immobile et sans aucune spontanéité motrice, présentant le signe de l'oreiller psychique, une belle flexibilité cireuse avec suggestibilité motrice, une anémie complète, ne parlant plus spontanément. Aucune contraction d'ailleurs, aucune stéréotypie de mouvement ; bref, le tableau le plus parfait de l'inertie.

Pas de confusion mentale par ailleurs ; Pr. répondait aux questions posées avec suffisamment de force et d'insistance, et répondait pertinemment.

c) enfin, à ce syndrome d'inertie, s'ajoutaient des troubles vasomoteurs ; non seulement érythème rosé des membres et du tronc, d'ailleurs fugace, mais aussi et surtout troubles vaso-moteurs au niveau des membres inférieurs : *pâles et blanc-jaunâtre, en position*

allongée ou élevée, rose rouge ou même cyaniques en position déclive. On avait absolument l'impression que les vaisseaux sous-cutanés des pieds et de la partie inférieure des jambes se comportaient comme un vase se laissant passivement remplir ou vider selon la position des membres.

En quelques jours, la réaction fébrile a cessé ; plus lentement, l'ictère est devenu subictère et a disparu. Les troubles vaso-moteurs ont diminué à leur tour. Seule, l'inertie déclanchée par la protéine typhique a persisté, avec des phases d'amélioration et d'aggravation, et elle est restée ce que vous la voyez encore aujourd'hui.

Ajoutons que nous n'avons pu, en pleine phase ictérique répéter une ponction lombaire qui, en mai, avait montré un liquide céphalo-rachidien complètement normal. Ajoutons aussi que chez aucun des malades ayant reçu, le même jour que Pr., de la protéine typhique, et dont quelques-uns étaient cliniquement des déments précoces assez comparables à Pr., nous n'avons observé d'ictère ni de déclanchement catatonique.

Les auteurs soutiennent qu'un tel cas permet de souligner même dans les cas où la catatonie est symptomatique d'un état infectieux, le rôle capital du facteur toxique.

Que l'insuffisance hépatique révélée par l'ictère, serait une cause nouvelle d'intoxication.

(Voir la thèse de Garand : Syndrome catatonique survenant au cours de la dothienenterie. Paris 1929).

OBSERVATION X (1)

Résumé. — Pleurésie ancienne, constitution rapide d'un tableau clinique d'hébéphréno-catatonie ; cessation brusque au bout d'un

(1) Publiée par MM. Claude et Baruk dans *Paris Médical*, 27 décembre 1930.

an, rémission psychique totale ; puis après six mois, méningite tuberculeuse évoluant sans aucun trouble mental.

Lec..., artiste peintre, trente-deux ans.

Pas de maladie antérieure, à part une *pleurésie* pendant la guerre. Bien remis, sauf une certaine fatigabilité, de l'irritabilité, quelques sautes d'humeur. Très artiste, est l'auteur de peintures très appréciées.

Durant l'année 1926, surmené, fatigué, en outre apparaissent des maux de tête. Cependant travaille et produit beaucoup.

La maladie débute brusquement en décembre 1926, au cours d'un dîner avec des amis à l'occasion d'une exposition de peinture : à la fin du repas paraît très troublé tout d'un coup, prononçant des paroles incohérentes, disant : « On m'a enlevé ma volonté, on m'a tout pris », puis agitation vive. Soigné d'abord à l'asile de Rennes (Docteur Quercy) puis transféré à Villejuif, enfin envoyé dans notre service le 6 juin 1927, avec le certificat suivant : « Indifférence, propos mal adaptés, incohérents ; par intervalles, gestes et propos stéréotypés, inertie, incapacité de tout travail. Aurait présenté des périodes d'agitation violente avec bris d'objets. Probabilité de démence précoce » (Docteur Serin).

A l'entrée, syndrome catatonique des plus nets : facies inexpressif, conservation indéfinie des attitudes, négativisme. A l'interrogatoire, les réponses sont absolument incohérentes. On lui demande comment il va. Répond : « Des dessous de noir et blanc signés Lec, mettez la calotte sous le chapeau, faites attention aux crêpes azotés, vous pouvez me donner à boire du vert perroquet. Appelez-moi masturbation, etc. »

Les jours et les semaines suivantes, on note une verbigération continuelle d'une incohérence absolue, véritable salade de mots. Par intervalles se plaint qu'on l'hypnotise.

Ne reconnaît pas sa femme ni ses amis. En outre apparaissent des stéréotypies mécaniques, et durant parfois toute une journée.

Parfois légères rémissions durant un jour ou deux, durant lesquelles le malade répond aux questions et semble plus présent. Mais reprise rapide d'une agitation incohérente.

En septembre 1927, l'état s'est notablement aggravé : verbigéra-

tion rythmée, et accompagnée de mouvements rythmés des mains frappant le pavillon de l'oreille avec la régularité d'une machine. Facies complètement absent, avec de temps en temps un rire brusque, explosif.

A la fin de novembre, l'aggravation s'est encore accentuée : aspect bestial, incohérence absolue, amaigrissement marqué, gâtisme, pâleur extrême.

Ponction lombaire. — Tension 12 couché ; 1,8 élément au millimètre cube ; Pandy négatif ; Wassermann et benjoin négatifs.

Le 27 novembre. — Brusquement au cours de la matinée, transformation totale et surprenante du malade : le facies redevient expressif et coloré. Le malade fait attention à tout ce qui l'entoure, répond parfaitement aux questions, et reprend un comportement normal.

Les jours suivants cette transformation heureuse persiste et s'accroît : les réponses sont correctes et tout à fait normales. *L'intérêt affectif réapparaît* : le malade s'informe de sa famille, de ses travaux artistiques, de ses toiles. Il reçoit avec joie ses parents. Il reprend peu à peu son poids normal. Le 12 décembre le malade sort de la clinique paraissant complètement guéri, mentalement et physiquement. Depuis lors, l'un de nous a continué de suivre le malade. Celui-ci avait retrouvé entièrement son état psychique normal. Aucun de ses amis habituels ne pouvait saisir la moindre différence dans son comportement avec son état antérieur au début de la maladie. Il reprend son travail avec activité, fait de très belles toiles, voyage, etc.

Le seul trouble accusé par le malade était une certaine *fatigue* : il ne pouvait plus travailler le soir comme il le faisait auparavant, se fatiguait à la marche, devait se ménager.

Bien portant — quoique de plus en plus fatigué — jusqu'au 26 août 1928.

Le 26 août 1928. — Au retour d'un petit voyage par un temps très chaud, Lec... se plaint d'une *céphalée* très vive frontale, continue, jour et nuit, empêchant tout sommeil. Le lendemain, deux vomissements. Etat saburral des voies digestives. Température 38°. Le surlen-

demain, nous l'examinons : nous trouvons de la raideur de la nuque, un peu de Kernig ; pouls à 58, irrégulier, instable. On fait alors une ponction lombaire qui montre :

Liquide légèrement xanthochronique.

Albumine : 4 gr., 50.

116 leucocytes.

Bacilles de Koch + + + sur le culot de centrifugation.

Les troubles méningés s'aggravent de jour en jour, et le malade meurt au bout de huit jours.

Durant toute l'évolution de cette méningite tuberculeuse, il est resté *parfaitement lucide* jusqu'à la mort.

En même temps que cette observation MM. Claude et Baruk publient toute une série de cas de tuberculose où les troubles mentaux n'apparaissent que dans les phases torpides de la maladie et disparaissent au cours des phases aiguës. Ces phénomènes s'expliqueraient par une action toxique et non proprement microbienne.

(Voir Paris Médical, 27 décembre 1930.)

*
**

Au cours de la Syphilis on a pu voir apparaître un syndrome catatonique ou hébéphréno-catatonique pouvant constituer la manifestation unique d'une syphilis cérébrale.

On a pu voir également coexister un syndrome catatonique et une paralysie générale, bien que ces cas soient considérés comme exceptionnels.

Garand cite dans sa thèse un cas de tabes avec apparition de phénomènes catatoniques.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce point.

Mais nous croyons intéressant de signaler à ce propos que M. Baruk nous a parlé d'un cas de catatonie transitoire, observé au cours d'une intoxication par l'arséno-benzol dans le service de M. Milien, à Saint-Louis. Malheureusement la malade n'a pu être suivie.

Nous ne parlerons que pour mémoire des phénomènes catatoniques survenus au cours de certains cas de grippe, de paludisme, d'encéphalite, d'infection puerpérales, etc.

On trouvera dans la thèse de Garand, des observations intéressantes à ce sujet.

Avant de terminer ce chapitre, nous rapporterons encore deux observations l'une de catatonie post-puerpérale, l'autre de catatonie menstruelle périodique publiée par Tomescu et Vasilescu qui ont décrit cette variété de catatonie intermittente !

OBSERVATION XI

Mme Lau..., 22 ans (1).

Résumé. — Réactions psycho-motrices.

Syndrome dépressif post-puerpéral. Associations affectives.

Syndrome catatonique et cataleptique ébauché, intermittent.

Histoire de la malade.

Elle accouche normalement le 9 août 1928. Les jours suivants : fatigue, énervement.

Quatre jours après, elle se plaint tout à coup qu'elle se sentait se refroidir ; elle avait l'impression qu'elle allait mourir, que le

(1) Inédite. Personnelle à M. Baruk.

sang s'en allait. On lui injecte de l'huile camphrée, de la caféine, du sérum glucosé.

Elle reste très fatiguée, couchée, se plaignant toujours de cette sensation de mort imminente. Cela la prenait par moments le soir c'était toujours la même impression de refroidissement : « Ça me prend dans la tête jusqu'en bas, comme quelque chose qui passe. »

Réactions anxieuses, voulait s'en aller, disant : « Je ne vais pas mourir ici. »

Elle est triste, parlant peu, a peur des maladies graves, a des préoccupations hypocondriaques.

Elle avait l'impression « qu'elle allait mourir tout d'un coup ».

Quand elle partait le matin ; elle avait toujours la sensation qu'elle mourrait dans la journée.

Elle parle très peu ; peu de spontanéité. Très impressionnable, émotive.

Pas d'infection puerpérale, sauf des pertes blanches.

Antécédents :

Tempérament toujours renfermé « pas communicative ». Plutôt un peu triste.

Les troubles actuels sont l'exagération de son état habituel.

Pas de tentative de suicide. Elle pense toujours à la mort.

A eu la typhoïde à 8 ans. Fait de l'entérite de temps en temps.

Très sujette aux cauchemars la nuit ; parle, comme si elle était éveillée, très distinctement. Quelquefois elle s'assoit sur le lit pour parler.

Parfois même elle se lève, les yeux ouverts, se réveillant ensuite rapidement. En somme tendance au somnambulisme.

Examen.

Pas de spontanéité. Cependant, répond très correctement aux questions. Elle est pâle. Les facultés intellectuelles, la mémoire notamment, sont intactes.

Examen neurologique : Réflexes tendineux normaux. Pupilles dilatées. Réactions normales.

Au pied : faux réflexe de posture du type de l'anticipation passive.

Au bras : Anticipation passive et mouvements automatiques pendulaires ébauchés.

Catalepsie locale des plus nettes et presque indéfinie aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Pas de négativisme.

Signe de l'oreiller psychique.

Rien au cœur, ni aux autres appareils.

Le 23 janvier 1929. — Amélioration considérable. Facies complètement transformé, bien éveillé, vivant.

Les pertes blanches ont beaucoup diminué. Les céphalées sont moins intenses.

La malade reprend goût à la vie. « J'avais en ce moment-là, l'idée que j'allais mourir, et la crainte de devenir folle. »

Bon état général.

Pas d'anticipation des mouvements passifs.

Mais conservation des attitudes très prolongées aux membres supérieurs et inférieurs.

Le 6 mars. — Toujours très améliorée. Mais depuis quelques jours, sorte d'agoraphobie, survenue dans les circonstances suivantes :

Un jour, lors des derniers grands froids, en passant devant un certain endroit pour rentrer chez elle, la malade ressent un vague malaise dans la tête. Elle se dit :

« Aurais-je une congestion ? ». Puis elle continue sa route.

Depuis lors, chaque fois qu'elle passe, devant cet endroit, elle est prise de malaise, avec angoisse, battements de cœurs. A tel point que, maintenant, son mari est obligé de venir la chercher pour la ramener chez elle.

OBSERVATION XII (1)

Il s'agissait d'une jeune femme âgée de 23 ans, sans aucun antécédent personnel ou héréditaire spécial.

Réglée à 14 ans ; elle présentait à l'occasion de ces époques une certaine susceptibilité nerveuse.

(1) Publiée dans : *Revista Stiintelor Medicale* Juillet-Août 1929, par Tomeșcu et Vasilescu.

Plus tard, ces phénomènes nerveux s'accroissent : la malade était irascible, présentait des phases d'expansion et de dépression alternées, non motivées, toujours à l'occasion des règles. Entre chaque période, elle était normale, mais a toujours été rêveuse et romantique.

En septembre 1922, les phénomènes psychiques, à l'occasion de la menstruation, prirent une grande extension. Sur un fond d'immobilité psychique et physique à peu près complète, apparurent des phénomènes d'agitation brusque, pendant lesquels la malade brisa toute une série d'objets. Cette crise d'agitation dura quelques heures, puis la malade retomba dans une immobilité à peu près complète.

Avec la fin de cette période menstruelle, tous ces phénomènes disparurent.

A l'occasion de la période suivante (octobre), les signes psychiques reparurent encore plus intensément. Cette fois la malade eut des hallucinations auditives et visuelles et des impulsions plus violentes. On dû l'interner.

La famille avait observé vers le 6 octobre un état d'irascibilité et d'agitation qu'elle attribua à l'approche des règles. Cet état ne fit que s'accroître les jours suivants. Mais la malade tomba dans un état complet d'immobilité physique et psychique le 10 octobre.

Le lendemain, brusquement, violent accès d'agitation associé à des hallucinations visuelles et auditives, accès au cours duquel, la malade frappa sa mère.

C'est dans ces conditions qu'on l'amena à l'hôpital.

A son arrivée apparut le premier écoulement de sang menstruel.

Le jour suivant la malade est fortement agitée, très expansive parlant beaucoup, avec fuite dans les idées ; chantant, improvisant des vers ; ayant des gestes violents des mains et des pieds.

Le lendemain elle tombe dans l'immobilité et le mutisme. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose, demeure les yeux fermés, les lèvres serrées, conservant au cours de l'examen les attitudes les plus inconfortables.

Sur ce fond d'immobilité physique et psychique apparaissent des états d'agitation impulsive, véritable agitation catatonique.

Avec la fin de la période menstruelle, et après une transition de 2 à 3 jours, *changement complet*. Mais le malade gardait le souvenir de tout ce qui s'était passé, rappelant le terme de catatonie qu'elle avait retenu, et qu'on avait répété plusieurs fois.

Au cours de cette période, la perte de sang menstruel avait été faible.

En novembre, à la même occasion, nouveau syndrome catatonique avec accès d'agitations mais beaucoup moins intense.

En décembre, les troubles sont encore moins accentués ; et la malade sort de l'hôpital. Dans les mois qui suivirent les troubles reparurent périodiquement, mais avec une intensité allant en s'atténuant de plus en plus ; les phénomènes catatoniques disparaissant soit au cours des menstrues soit quelques jours après.

A la suite de cette observation typique, les auteurs insistent sur l'absence d'élément permettant de poser le diagnostic de confusion mentale catatonique. Après chacune de ses périodes catatoniques la malade est absolument normale, conservant le souvenir intact de ce qui s'est passé, ce qui ne'st pas le cas du confus chez qui le souvenir est incomplet et incertain.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des crises de catatonie intermittente, est un de ceux qui donnent lieu en pratique aux plus nombreuses causes d'erreur.

De ces multiples causes d'erreur, deux surtout sont à étudier, en raison de leur fréquence : la première consiste à confondre les crises catatoniques et les crises de narcolepsie ou de sommeil pathologique. Le deuxième réside dans le diagnostic différentiel de la catatonie intermittente et de la crise de catalepsie hystérique.

I — *Diagnostic différentiel de la catatonie intermittente et du sommeil pathologique*

Au premier abord les malades en crise catatonique donnent l'impression du sommeil, aussi voit-on parfois poser en pareil cas le diagnostic de narcolepsie ou d'encéphalite léthargique. Il en fut ainsi notamment dans le cas de Ros..., où ce fut ce diagnostic qui fut posé lors de la première crise survenue à Trousseau.

Il est cependant entre la catatonie et le sommeil pathologique un caractère différentiel capital, c'est la possibi-

lité ou non de réveiller le malade. Dans la narcolepsie et le sommeil pathologique vrai, on réveille le malade à la moindre incitation. Dans la crise de catatonie, ou de catalepsie au contraire, le réveil est impossible ou tout au moins extrêmement difficile, long et très laborieux. C'est ainsi par exemple chez Mme Ber. ; si l'on pouvait dans certaines conditions la faire sortir momentanément de son état d'immobilité, on ne pouvait y parvenir que par des incitations durant parfois plus de 20 minutes, une demi-heure, accompagnées de questions pressantes, et encore le réveil n'était-il que partiel et très progressif.

Evidemment un tel mode de réveil n'a rien de comparable au réveil immédiat qui se produit instantanément en touchant simplement le malade ou en lui adressant la parole.

D'autre part la résolution musculaire du sommeil vrai forme un contraste frappant avec la rigidité si spéciale de la crise catatonique. Les éléments de ce diagnostic différentiel ont été envisagés dans le travail de MM. Claude et Baruk paru dans l'Encéphale (N° 5, mai 1928).

Un seul cas cependant peut poser quelques difficultés notamment en ce qui concerne l'encéphalite léthargique. Il faut se rappeler en effet que cette dernière infection, si elle réalise le plus habituellement la narcolepsie et le sommeil, peut aussi dans quelques cas réaliser un tableau de catalepsie et de catatonie (1).

(1) Beaucoup de médecins ignorant l'existence des crises de catalepsie, ne peuvent penser en présence de tels malades qu'au sommeil pathologique. Surtout, qu'en général, on n'envisage la catatonie que sous l'angle de la démence précoce progressive, sans penser un seul

Il s'agit alors d'une catatonie symptomatique comparable à celles que nous avons rapportées précédemment. Mais la possibilité de la même étiologie à la base du sommeil d'une part, de la catatonie d'autre part, ne doit nullement autoriser à confondre ces deux syndromes.

II. — *Diagnostic différentiel de la catatonie intermittente et de la crise de catalepsie hystérique*

Ce diagnostic est beaucoup plus difficile. Car il se fonde sur une analyse séméiologique qui doit être très fine, les causes d'erreur sont encore considérablement accrues par les discussions doctrinales si compliquées relatives à l'hystérie et par les conceptions si diverses que l'on se fait de cette névrose.

Le uns partant des lois du pithiatisme et du rôle classique de la suggestion dans la production des phénomènes hystériques, finissent en déformant peu à peu la conception de pithiatisme par confondre hystérie et simulation et par dénier toute existence réelle aux manifestations hystériques. Celles-ci ne seraient en somme que des réalisations artificielles plus ou moins imaginées par le malade et ne possédant même pas de réalité clinique véritable ; tel est la conception notamment défendue par Dupré et par Logre.

instant, en présence de crises manifestement paroxystiques à la possibilité du diagnostic de catatonie. Il faut en outre reconnaître que les nombreux travaux récents consacrés au sommeil pathologique laissent complètement de côté le diagnostic différentiel avec les crises de catalepsie.

C'est précisément en vertu de cette conception que beaucoup d'auteurs, à un moment donné, ont fini par dénier toute existence au syndrome si étudié autrefois du « sommeil hystérique ». Suivant cette conception, les faits décrits de sommeil hystérique se réduiraient soit à des cas méconnus de narcolepsie et de sommeil pathologique organique (tumeurs cérébrales, etc.), soit à des productions purement artificielles, qui auraient disparu en même temps que les fameux stigmates de la grande névrose. Telle est la conception qui ressort, en somme, de son ensemble, du récent Congrès Neurologique de Paris consacré à la question du sommeil.

A l'opposé des conceptions que nous venons d'exposer et qui n'aboutissent à rien de moins qu'à nier l'existence des crises catatoniques et cataleptiques que nous venons d'étudier (1), d'autres auteurs adoptant une conception organiciste extrême, rattachent toutes les manifestations décrites autrefois sous le nom de sommeil hystérique, à des lésions des voies extra-pyramidales, des ganglions centraux, etc.... C'est la conception dite organique de l'hystérie.

Ces diverses conceptions si extrêmes l'une et l'autre obscurcissent profondément le problème clinique, et en raison de la délimitation si différente qu'elles font, du domaine de l'hystérie, elles rendent le diagnostic différentiel extrêmement flottant.

(1) En effet, une partie des faits décrits autrefois sous le nom de sommeil hystérique correspondent à des manifestations catatoniques que l'on ne connaissait pas à cette époque.

Nous laisserons de côté pour le moment la discussion de ces diverses théories qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, et nous envisagerons le problème uniquement d'après les données de l'observation clinique.

Celle-ci nous permet, en effet, de distinguer deux types de manifestations bien différentes : la crise catatonique telle que nous venons de la décrire et la crise de catalepsie simple, émotive, ou névropathique.

A) La crise de catatonie consiste, comme nous l'avons décrit précédemment dans une immobilisation plus ou moins rapide du malade avec suspension de toute initiative motrice, et de toute activité volontaire : raideur musculaire active, modifications profondes du facies, troubles vasculaires et organo-végétatifs ; enfin, il existe en même temps, une atteinte plus ou moins profonde de la personnalité et des phénomènes de dissociation psychique (incohérence, idées délirantes, hallucinations, stéréotypies, etc.), phénomènes qui peuvent être purement transitoires et disparaître complètement ensuite, comme dans la catatonie intermittente (cas de Ros..., de M^{lle} Pas...), ou qui ne disparaissent que partiellement dans l'intervalle des crises (cas Bur..., Her..., Ber..., D..., etc.), ou qui persistent complètement et évoluent ensuite en s'aggravant (démence précoce classique ou lébéphréno-catatonie).

B) A côté de ces cas de catatonie intermittente qui, nous le répétons s'accompagnent *transitoirement* ou non d'une atteinte déjà profonde du psychisme et des fonc

tions psycho-motrices, il existe toute une série d'autres faits dans lesquels, la crise se limite uniquement à la suspension passagère de l'activité volontaire et de l'initiative motrice (catalepsie) sans aucune désagrégation psychique et avec intégrité parfaite de tous les éléments de la personnalité. En voici quelques exemples personnels à M. le Docteur Baruk.

Mme Gi..., 50 ans est adressée au Docteur Baruk par le Docteur Delage. Elle vient consulter pour les crises suivantes qu'elle décrit ainsi :

Souvent le matin au réveil, sensation de difficulté à se lever, à « sortir d'une torpeur ». Lourdeur de tête, impression d'engourdissement, d'éblouissement, d'étourdissement quand elle tourne la tête. Elle lutte d'abord contre cette sensation d'engourdissement. « J'essaie d'en sortir, de me dégourdir, en marchant, en m'occupant, en me secouant, en me forçant... » Elle peut lutter comme cela, parfois quelques heures. Mais à un moment donné, la crise approche peu à peu : elle sent alors, comme un bourdonnement d'oreilles, comme le bruit des « coquillages de la mer » ; « Je commence alors à me sentir isolée de l'extérieur, comme lointaine... Toute pensée est une fatigue... Je ne peux fixer ma pensée sur rien... Il me vient en même temps beaucoup d'idées vagues, comme des tas de choses qui m'accaparent, sans qu'elles prennent bien corps ; ce sont des bribes d'idées qui me fatiguent. De temps en temps une idée plus précise, obsédante ; l'idée d'avoir oublié quelque chose, quelque chose à faire.

« Puis je sens une douleur violente derrière la tête, c'est comme un coup, comme des battements dans toute la tête ; des nausées, une sensation d'eau dans la bouche.

« Puis commence un engourdissement d'abord par les jambes, puis jusqu'à la taille ; puis après, ça gagne presque d'un seul coup tout le corps et la tête. A ce moment-là, je me sens comme dans un tourbillon ; mon sang bourdonne dans mes oreilles ; c'est comme si on me faisait tourbillonner en rond. Je ne peux plus

réagir, je ne commande plus ; je me sens comme *devenir en pierre*. Mes bras sont lourds, je ne peux pas bouger. Même si je suis dans une mauvaise position, je ne peux pas bouger ; parfois je me raidis, et je glisse alors peu à peu à terre. Je ne peux pas parler non plus.

« J'ai souvent les bras en croix en ce moment-là. »

D'après ce qu'on lui dit, le regard est *fixe* ; *prend un aspect de statue* ; mais il n'y a pas de changement de coloration du visage, qui reste très coloré, plutôt rouge.

Durée de 10 minutes à une demi heure environ.

« Tout d'un coup, je sens que je respire plus largement ; je me sens libérée ; mes bras remuent ; puis les jambes ; je m'assied. »

Après cela : fatigue, lassitude générale, et fort mal de tête. Bourdonnements d'oreille perçants et douloureux.

Causes provocatrices.

Les crises viennent plutôt à l'occasion de contrariétés, d'émotions, mais pas immédiatement. Généralement le malade lutte au moment de la contrariété : « Tant que j'ai besoin de mes nerfs, ils tiennent... puis à la détente, les malaises viennent. »

Par exemple, son fils étant jeune, fut malade de la diphtérie pendant un mois ; elle tint, pour le soigner, jour et nuit. Au moment où il fut transporté à l'hôpital, les malaises débutèrent.

Les crises peuvent se produire, soit à la maison, soit dehors, dans un tramway. Quand elle est légère, les gens autour d'elle peuvent ne pas s'en apercevoir.

Conditions :

Les malaises viennent plus facilement au moment où elle est complètement détendue : assise par exemple à ne rien faire, ou à table, ou quand elle ne pense à rien.

Elles viennent aussi après les fatigues, mais *jamais en pleine action* et seulement au moment où elle se repose.

Cessation de la crise :

D'après son expérience personnelle, il vaut mieux la laisser évoluer spontanément, si elle lutte beaucoup, la crise dure plus longtemps. Si on la fait cesser artificiellement en secouant la malade (eau

froide, etc.) on arrête la crise momentanément, mais elle revient après plus forte.

Les malaises ont débuté il y a 20 ans, à la suite de la première grossesse, au moment de l'allaitement. Fréquence variable : périodes de 5-6 ans normales, puis périodes (souvent au moment d'ennuis, par exemple à cause de difficultés avec son mari éthylique, maintenant elle vient d'être abandonnée par son ami) pendant lesquelles les malaises sont fréquents, quotidiens, plusieurs fois par jour au bureau, la nuit même (cela la réveille angoissée : « Je me sens alors m'engourdir. Ça me donne l'impression comme sous la narcose, quand on dort en opérée, au moment où on sort du chloroforme. »)

Antécédents.

Troubles ovariens, métrite.

Ablation de l'ovaire et de la trompe droits en 1917. Les règles persistent, sont faibles comme quantité mais fréquentes : parfois deux par mois.

Troubles vaso-moteurs de la face, devient par moments très rouge, à la moindre émotion (Excessivement rouge au moment de l'examen).

Elle a engraisé (adiposité considérable).

Examen neurologique : absolument négatif.

Examen viscéral : aussi.

Tension artérielle (trouvée par le Docteur Delage) : 20-6.

Urée : 0,41. La malade suit un régime.

Toujours nerveuse, très émotive, jamais de malaises analogues dans l'enfance.

Mariée : fut très malheureuse. — Le mari est mort éthylique. — Un ami.

Un fils de 20 ans, bien portant.

Une fausse couche.

Le Docteur Baruk a eu, ensuite l'occasion d'observer une crise. Celle-ci s'est produite exactement comme l'a décrite la malade :

Tout d'un coup en causant son visage est devenu un peu plus rouge ; puis elle s'est arrêtée de causer, le faciès un peu fixe, mais restant parfaitement bien coloré ; en même temps la malade se laissait glisser légèrement sur le fauteuil, mais sans tomber.

Interrogée à ce moment, elle ne répondait à aucune question. Les diverses stimulations, mobilisation des membres, pincements, piquûres restaient sans effet. En même temps, on constatait une conservation prolongée des attitudes (bras en l'air notamment). La crise dura cinq minutes ; la malade revint aussitôt à elle, très présente, elle avait parfaitement retenu toutes les paroles qu'on lui avait adressées pendant la crise ; il n'y avait pas eu perte de connaissance complète.

D'ailleurs interrogée, sur ce qu'elle venait d'éprouver, elle nous dit que pendant la crise elle entendait tout, mais qu'elle ne pouvait ni bouger, ni parler, *sa volonté étant comme suspendue*.

Voici une deuxième observation du même ordre de fait.

M^{lle} F..., 28 ans, étudiante.

Bien portante jusqu'en décembre 1926. A cette date, elle fait une otite suivie de mastoïdite ; opérée, mais incomplètement guérie, avec une fistule mastoïdienne. En mars 1927, nouvelle trépanation de la mastoïde, peu après elle aurait fait des réactions méningées : pouls rapide, diplopie, vomissements. En avril 1927, évidemment pétromastoïdien. Puis tout va bien ; mais le 20 septembre 1927, à la suite d'un accident d'auto, elle fait une fracture du crâne : ponction lombaire sanglante, coma. Puis amélioration progressive. En décembre 1927, après un long voyage en auto, des réactions méningées (?) : céphalée, diplopie, raideur de la nuque. Amélioration très rapide à la suite d'une ponction lombaire. Mais le 29 janvier 1929 nouvel accident d'auto ; transportée à Beaujon dans le coma, on diagnostique une fracture du rocher.

Depuis lors la malade reste sujette à de fortes crises de céphalée, à des crises d'immobilisation qui revêtent les caractères suivants :

Ces crises sont presque toujours provoquées par la fatigue, et surtout par la chaleur : séjour dans une pièce surchauffée, exposition

au soleil. Elle débute par une douleur hemi-cranienne gauche à type migraineux, cette douleur va, en augmentant peu à peu d'intensité, la malade doit alors se coucher, puis peu à peu elle éprouve une sensation de fatigue extrême, une impression de vertige, se sent tourner de gauche à droite, puis peu à peu elle a l'impression qu'elle se sent s'éloigner de la réalité, elle entend les paroles qu'on lui dit, mais elles lui paraissent lointaines. Bientôt elle se sent incapable de faire aucun mouvement, ni de parler tout en restant consciente ou semi-consciente.

Voici la description d'une crise que M. Baruk a observé le 3 octobre 1930 :

Au moment où on commence à l'interroger, apparaît une crise. Jusque-là rien d'anormal. Tout d'un coup, en pleine conversation, elle dit : « Ça ne va pas, je me sens mal », se lève, va tranquillement s'étendre sur le divan, se couche en décubitus latéral droit. Aucune modification de coloration de la face qui reste très bien colorée : pouls à 80.

Elle ne répond plus aux questions, absolument immobile, mais *pas de modifications de l'aspect du facies*, ni de l'expression.

Les expressions mimiques sont absolument normales.

On soulève le bras, elle le laisse retomber.

On lui pose mille questions, pas de réponse.

Elle reste ainsi environ une demi-heure.

Je la laisse alors seule dans la pièce. A mon retour, elle répond, se plaint d'un fort mal de tête. Je la fais asseoir, l'œil gauche a la paupière tombante, donnant au premier abord l'impression d'un ptosis. Je lui demande alors d'ouvrir l'œil. Elle l'ouvre parfaitement. En l'interrogeant, on apprend qu'elle ferme cet œil parce qu'elle a l'impression que ça soulage un peu sa douleur (donc pas de vrai ptosis, aucune ophtalmoplégie).

On a également étudié chez cette malade l'influence de la suggestion, dont l'action est manifeste sur la cessation des crises : les épreuves suivantes ont été faites :

Au début la malade s'était faite des injections de morphine, prétendant que seule la morphine pouvait faire cesser les crises. Elle est même devenue morphinomane et à chaque crise réclame son in-

jection. Une fois on lui fait une piqûre d'huile camphrée au lieu de morphine et l'action fut la même sur la crise. Toutefois, la malade est maintenant en défiance vis-à-vis de la suggestion, et celle-ci est difficile à pratiquer en raison de ses connaissances.

A aucun moment, il n'y a la moindre dissociation psychique ; la malade continue ses études et toute sa vie sociale.

Voici encore un autre exemple de crise du même genre (1) :

Il s'agit d'un homme de 34 ans qui fut transporté récemment à l'hôpital de la Charité, en apparence sans connaissance. Un externe de garde pensa à un cas urémique et pratiqua une saignée. Le malade était en effet immobile, ne répondait pas aux questions, et ne pouvait être réveillé par aucune incitation. Les yeux étaient clos, mais les paupières animées de petits battements. Le facies restait parfaitement coloré, et cette remarquable fraîcheur du visage, jointe aux battements des paupières, à l'absence complète de tout signe organique, fit rapidement suspecter l'existence de manifestations névropathiques. Au bout de deux jours, le malade revint à lui ; il était bien présent, son psychisme paraissait normal, mais on constatait à ce moment une *hémiplegie gauche*, à caractère hystérique typique.

Le malade a présenté depuis 1913 de nombreuses crises analogues ; elles sont toujours consécutives à un choc affectif. La dernière crise a succédé à une rupture de projet de mariage. Le malade est vivement contrarié, en proie à une véritable idée obsédante, de plus en plus pénible, il se sent énérvé ; il lui semble dit-il, qu'il aurait besoin à ce moment de serrer, de briser quelque chose. C'est au paroxysme de cette exaspération, que survient la crise cataleptique. Celle-ci est souvent d'ailleurs précédée d'une véritable crise d'agitation (le malade se roule par terre, crie) ; d'autres fois, elle survient d'emblée, mais en général, le malade a le temps de se garer. Il ne s'est jamais blessé ; Il prétend qu'il ne se rappelle pas, ce qui se passe autour de lui ; cependant, il ne fut nullement étonné, lorsqu'il se réveilla dans un lit d'hôpital.

(1) H. Claude et H. Baruk (*Encéphale*, 8 mai 1928, n° 5).

La première crise était survenue au régiment, il y a quatorze ans, à la suite d'une scarlatine, et fut suivie d'une paraplégie. Au cours de cette paraplégie, une nouvelle crise survint, durant laquelle on aurait pris le malade pour mort (?). Cet état aurait duré plusieurs jours; au réveil la paraplégie était transformée en hémip légie gauche qui disparut après un traitement électrique sans laisser de trace. La plupart des autres crises ont été suivies d'hémip légie (le malade a une parente hémip légique), une fois cependant, de cécité.

En dehors des crises le malade est normal. Il occupe une situation assez importante et il est très actif. On constate seulement chez lui, une émotivité très vive, une tendance imaginative marquée, et une difficulté de fixer son attention.

Le réveil des crises se fait généralement progressivement, et est accompagné de mentisme.

Les auteurs ajoutent : Nous avons déterminé d'une façon aussi précise que possible chez ce malade, le rôle de la suggestion dans le déclenchement de ses crises cataleptiques. Nous avons procédé de la façon suivante : dans une première séance, nous avons fait au malade une injection intra-veineuse de 5 cc. de somnifène, après lui avoir affirmé que ce traitement guérirait son hémip légie. Effectivement après un sommeil de plusieurs heures, il ne présentait plus au réveil, qu'une légère gêne dans les mouvements du membre supérieur et inférieur gauche. Il se leva et pût marcher. Une quinzaine de jour après, nous avons annoncé au malade que pour guérir complètement son hémiparésie, une seconde injection, absolument identique à la première serait nécessaire. Mais cette fois, au lieu d'injecter du somnifène, nous avons injecté du sérum physiologique. Néanmoins l'effet fut identique et le malade qui s'attendait à dormir tomba presque aussitôt après l'injection dans un état de sommeil apparent qui était en réalité une crise cataleptique : on ne le réveillait par aucune excitation, on notait les petits battements des paupières fréquents en pareil cas, et une résolution musculaire marquée. Nous annonçames alors à haute voix, et sur un ton affirmatif, que nous allions pratiquer une injection, qui devait le réveiller. Nous fîmes alors encore une injection de sérum physiologique. Instantanément le malade se réveilla, en proie d'ailleurs à un tremblement et à un claquement de dents, et paraissant très ému.

Ainsi, la suggestion a pu faire apparaître et disparaître la crise de catalepsie chez ce malade.

Il suffit de lire les trois observations que nous venons de rapporter pour voir les différences qui les séparent, malgré les analogies multiples, des crises catatoniques.

Dans les trois cas, il y a bien une imobilisation complète du malade et une suspension de l'activité volontaire, malgré une conservation partielle de la conscience, mais dans la catatonie, ces phénomènes s'accompagnent d'une transformation plus profonde du facies, d'une rigidité extrêmement accentuée et prenant la forme du *négativisme* (1). Il existe, en outre souvent des troubles organo-végétatifs marqués : salivation, troubles vasculaires du visage et des membres inférieurs.

L'élément le plus important du diagnostic différentiel entre les deux états réside surtout dans les perturbations psychiques qui accompagnent la crise. Dans la crise catatonique, le psychisme est profondément troublé. En dehors de l'immobilisation, on note toute une série de phénomènes d'automatisme psychomoteur, qui sont en dehors du négativisme déjà cité, des stéréotypies multiples, des mouvements rythmés et d'allure mécanique. Quand on peut, soit pendant la crise soit après, interroger le malade on se rend compte qu'il existe en pareil cas parfois, non seulement, un mentisme et des troubles du courant de la pensée, mais encore un

(1) Le négativisme, comme y a insisté Seglas est peut être le symptôme le plus important et le plus caractéristique de l'état catatonique.

véritable automatisme psychique, avec incohérence dans les idées, ou au contraire vide complet de la pensée, ou encore des idées plus ou moins absurdes, des hallucinations etc. (Mme Ber... Her...)

Dans la catalepsie hystérique, au contraire, le trouble se limite à la suspension de la mise en branle de l'activité motrice volontaire, la personnalité psychique est intacte, il n'existe ni idées délirantes, ni hallucinations, etc., tout au plus existe-t-il souvent, un certain degré de mentisme (Mme Gi...) mais il s'agit toujours d'un mentisme cohérent qui n'entame pas la personnalité.

Enfin l'action de la thérapeutique suggestive est aussi différente dans les deux cas. Certes le catatonique est très suggestible au premier abord, il donne même l'impression d'un comédien, tel ce catatonique qui restait raide en public et qui, dès qu'on avait quitté sa chambre se levait avec la plus grande aisance, pour prendre l'Illustration. Ces malades peuvent être parfois modifiés d'une façon étonnante sous l'influence de conditions émotives, affectives les plus diverses. Mais il ne s'agit là que de modifications momentanées et incomplètes. Par exemple, M^{me} Ber..., pouvait être tirée de son état d'engourdissement lorsqu'on lui parlait aimablement ou lors de la visite de personnes qui lui étaient sympathiques. Mais il ne s'agissait là que d'une modification très momentanée ; la maladie continuait ensuite d'évoluer et la malade restait toujours en tous cas, délirante et plus ou moins troublée psychiquement.

Les accès catatoniques, lorsqu'ils guérissent, cessent spontanément, en général, d'une façon extrêmement

capricieuse, et on peut bien dire que nous n'en sommes nullement maître, par aucun procédé thérapeutique.

Au contraire, la crise de catalepsie hystérique, peut être dans certains cas radicalement guérie par la thérapeutique suggestive, l'observation citée en dernier lieu en est un exemple. Une fois la crise disparue ainsi, il ne reste aucun trouble, on a en un mot, l'impression qu'en pareil cas le trouble est infiniment plus maniable par l'action de la thérapeutique psychique.

En résumé, le malade atteint de crises catatoniques se comporte passagèrement, ou d'une façon plus durable comme un malade atteint de psychose, nous dirions presque même, comme un aliéné.

Au contraire, le malade atteint de crises de catalepsie hystérique, n'évoque nullement l'impression de la maladie mentale, mais seulement, d'un trouble nerveux simple, en un mot d'une névrose, comme y a insisté M. Claude, dans une récente leçon. Il s'agit, comme dans toutes les manifestations hystériques de troubles *occasionnels* et *superficiels* peu profondes.

Nous venons de voir que le diagnostic différentiel, entre la crise catatonique et la crise hystérique, ne peut pas se faire simplement, comme on le croit trop souvent sur un ou deux éléments pathognomoniques, mais sur une analyse séméiologique très serrée des symptômes. On a d'ailleurs beaucoup trop facilement tendance, en général, à faire le diagnostic d'hystérie, sur certains éléments symptomatiques, qui n'ont nullement à ce point de vue, la valeur qu'on leur attribue. Par exemple on baptisera

d'hystérique tout syndrome d'apparence capricieuse, variable, modifiable suivant les impressions extérieures et ressemblant à quelque chose de volontaire. Tous ces signes n'ont pas grande valeur : nous avons vu et nous le répétons encore qu'ils font absolument partie intégrante du syndrome catatonique et qu'ils se rencontrent au cours des affections cérébrales des plus certaines (intoxication, encéphalite léthargique, etc.).

C'est ainsi que dans les observations de catatoniques que nous avons rapportées, un certain nombre d'entre elles avait été qualifié d'hystérique, en se basant sur de tels critères.

Par exemple, le malade Her... lors de sa deuxième et surtout de sa troisième crise donnait surtout l'impression d'un simple émotif et Mme Ber... avait été qualifiée d'hystérique en raison des crises théatrales qu'elle avait présentées, de l'arc-de-cercle, et des manifestations qui rappelaient le clownisme, des malades de Charcot.

Quand, il s'y joint la notion antérieure d'un épisode plus ou moins sentimental, on n'hésite plus un seul instant, à qualifier tout le syndrome d'hystérique. Il en est ainsi d'ailleurs pour la plupart des malades atteints de catatonie et de démence précoce, et dont le début de l'affection est pour les raisons que nous venons d'indiquer, si souvent rattaché à l'hystérie. On parle alors, de début hystériforme de la Démence Précoce : hystériforme peut-être, mais pas hystérique. Et comme nous venons de le montrer, on doit pouvoir en général, par une analyse clinique bien conduite faire le départ entre

les deux états, ce qui, au point de vue pratique a une importance considérable.

Il existe toutefois, entre la crise catatonique et la crise hystérique, des faits de transition, dont le diagnostic est extrêmement difficile et parfois même impossible à trancher.

Mais il en est toujours ainsi en clinique, les cadres ne sont jamais rigoureusement tranchés.

Toutefois au point de vue pratique, il est utile de serrer le problème de près en soulignant les différences séméiologiques.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Nous venons de montrer les éléments du diagnostic différentiel entre la crise catatonique et la crise de catalepsie hystérique. Nous avons insisté sur le fait que dans la pratique, exception faite de certaines formes de transition, il existait cependant des nuances séméiologiques qui permettent de différencier ces deux types cliniques au point de vue diagnostic et pronostic.

Mais si nous envisageons maintenant la question, non plus seulement du point de vue clinique, mais du point de vue pathogénique, y a-t-il une différence si nette entre ces deux ordres de syndrome ?

Résumons d'abord les connaissances pathogéniques que nous avons sur l'un et sur l'autre :

En ce qui concerne la catatonie, la plupart des auteurs admettent maintenant, comme avait insisté Kahlbaum qu'il s'agit d'une maladie cérébrale. La catatonie expérimentale confirme encore ces données (1).

La crise catatonique telle que nous l'avons décrite

(1) De Jong et Baruk : *La Catatonie expérimentale par la Bulbocapnine*. Masson. Ed., 1930.

et l'engourdissement psychique qui l'accompagne en serait donc l'effet d'un trouble de l'activité cérébrale, de l'inhibition de certaines fonctions du système nerveux central comme le montrent encore également certaines parentés qui existent expérimentalement et cliniquement entre le syndrome catatonique le sommeil et l'épilepsie. Dans certains états de demi-réveil normal, nous retrouvons des faits analogues (1).

La crise de catalepsie hystérique, ne serait au contraire, si l'on admet les idées classiques, qu'une manifestation d'ordre « psychogénique », c'est à dire d'origine purement psychologique. L'immobilisation du malade serait ainsi consécutive « à une idée qu'il se serait faite », à une tendance affective ou instinctive l'amenant à prendre une attitude, à se replier sur lui-même, à s'échapper de la réalité etc.

Ces différences pathogéniques sont-elles bien fondées, et en particulier sur quelles preuves repose la conception de la crise de catalepsie hystérique que nous venons de rappeler ?

(1) Dans certains états de demi-réveil, quand la volonté consciente reparait, et peut intervenir, on nous a fait souvent observer que malgré des efforts presque « désespérés » le réveil était impossible. Il suffisait alors, quelquefois, — mais pas toujours — d'un léger mouvement, de la main, par exemple, pour le réaliser. Il semble ainsi, qu'il y aurait, comme une dissociation de la volonté, ou plutôt, qu'insuffisante encore pour agir pleinement, elle peut cependant, ébaucher certains mouvements susceptibles de réaliser le réveil parfait.

Est-ce sur le rôle de la suggestion ? Bernheim se basait en effet sur cette action du facteur suggestif pour dénier une existence réelle à ces états de sommeil de l'hystérie qu'il considérait comme purement suggérés. Mais le fait qu'un syndrome est modifié par une action psychique ne prouve nullement qu'il soit purement artificiel. Certains états d'engourdissement, s'ils sont suffisamment légers peuvent être facilement modifiés par une impression psychique affective ou émotive, même légère, comme il en existe au cours de toute épreuve thérapeutique suggestive.

D'ailleurs, à l'état physiologique même, nous rencontrons de tels faits.

L'influence de la suggestion, sur les crises de catalepsie hystérique ne permet donc pas de conclure *ipso facto* que l'engourdissement cataleptique hystérique, est vraiment réalisé volontairement par le malade, dans un but plus ou moins volontaire et simulé.

Y a-t-il au moins, dans l'interrogatoire du malade, ou dans son exploration psychique des éléments qui puissent justifier une telle conception. Certes, il existe des hystériques mythomanes, et bien entendu, il faut se défier de la mythomanie. Mais, comme y a insisté le Professeur Claude, dans une leçon récente (Asile clinique de Sainte-Anne, 8 février 1931), la mythomanie n'est qu'un élément surajouté à l'hystérie. Il faut bien se garder de confondre ces deux ordres de symptômes, qui sont très souvent séparés.

Que disent les malades atteints de catalepsie hystérique lorsqu'on leur demande ce qu'ils éprouvent ? Ils

disent tous qu'ils subissent malgré eux un engourdissement qui les saisit. Ils éprouvent, sans qu'il existe une véritable perte de connaissance, une diminution de l'acuité de la conscience : « un manque de réalité » suivant l'expression d'une de ces malades présentées par le Professeur Claude. (Les catatoniques accusent aussi cet engourdissement spécial, mais plus accentué et plus durable). Cet engourdissement s'accompagne d'une suspension momentanée de la *passibilité de vouloir*, c'est-à-dire que les malades ont conscience de l'existence de leur volonté, mais qu'ils sont dans l'impossibilité de l'exercer. Voilà ce qu'ils disent : cela ne veut nullement prouver qu'il s'agisse d'une intention de réaliser l'état pathologique.

On peut donc se demander, si entre la crise catatonique et la crise cataleptique dite hystérique, il n'existe pas simplement une différence de degré dans l'intensité de l'engourdissement psychique et dans les phénomènes psychologiques qui l'accompagnent.

Si ces différences de degré, ont un intérêt important au point de vue pratique et pronostique, elles ne justifient pas des conceptions pathogéniques radicalement différentes (1).

L'étude comparative que nous venons de faire de la crise catatonique et de la crise de catalepsie hystérique pose surtout le problème de l'étude des conditions étiologiques et physiologiques qui peuvent réaliser les diverses

(1) C'est pourquoi, le Professeur Claude groupe ces divers états dans le cadre général des « schizoses ».

gammes d'engourdissement psychique qui vont du sommeil physiologique et pathologique à la catalepsie hystérique et à la catatonie. C'est là, pensons-nous, l'une des meilleures voies d'abord pour l'étude des névroses et des psychoses, et d'une façon générale des perturbations physiologiques du système nerveux qui les conditionnent.

Ce travail, étant essentiellement clinique et reposant sur des observations pour la plupart inédites, nous n'avons pas fait de bibliographie détaillée.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un syndrome de catatonie intermittente, sans fond permanent de dissociation psychique.

II. — Ce syndrome peut être d'apparence essentielle ou symptomatique.

III. — Il existe des formes multiples de transition entre la catatonie intermittente et l'hébéphrénocatatonie.

IV. — Le diagnostic différentiel de catatonie intermittente se pose, d'une part avec le sommeil pathologique et d'autre part avec la catalepsie hystérique.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

H. CLAUDE.

VL ET PÉRMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.



